



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Nutrición

**Estado nutricional, prácticas de alimentación, cuidado
e higiene entre niños de diferente religión materna.**

Carhuanca, Ayacucho 2012

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Nutrición

AUTOR

Denys Alan AVILÉS ARIAS

ASESOR

Dra. Margot Rosario QUINTANA SALINAS

Lima, Perú

2018

DEDICATORIA

A mí madre Elena, por ser el pilar más importante en mi vida, por demostrarme siempre su cariño, por formarme con valores y buenos sentimientos, por ser incondicional con su apoyo y confianza a lo largo de los años.

A mi hermano, Erick, porque has sido un referente y una importante influencia en mi transición a la universidad

A mis hijos André y María Fernanda por ser mi mayor motivación, por el amor más puro que solo ustedes pueden darme.

AGRADECIMIENTO

A mi madre, por acompañarme en este trayecto, en cada paso que emprendo, por tus sabios consejos, por estar a mi lado en momentos difíciles y brindarme tu constante aliento y apoyo incondicional

A mi querida asesora de tesis, Dra Margot Quintana, por depositar su confianza en mí, por su asesoramiento, por sus enseñanzas, e infinita paciencia y ánimo.

A colegas y amigos que participaron en la recolección de datos del estudio: Ana Huapaya, Diana Moreno, Fredy Ñaupas y Emily Laveriano

A la Fundación Acción Contra El Hambre por brindarme facilidades para la ejecución del estudio, así como la asesoría de su equipo técnico: Alejandro Vargas, Bronwem Guillespie, Ángel Fernández, Marisol Salazar y Sonia Choquehuanca.

A mis amigos, Rossmery Vera, Vanessa Sosa, Vanessa Velasquez y Alonso Narrea por apoyarme y darme ánimo en todo momento. Sé que siempre cuento con ustedes.

A cada persona que conocí y colaboró en estos años de formación profesional. A amigos que siempre estuvieron apoyándome y profesores, por su dedicación en la enseñanza para ser una mejor persona y profesional.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	8
I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo general	15
2.2 Objetivos específicos	15
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	16
3.1 Tipo de estudio	16
3.2. Población de estudio	16
3.3. Tamaño de la muestra y método de muestreo	17
3.4. Definición de las variables	19
3.5. Técnicas e instrumentos	21
3.6. Recolección de datos	23
3.7. Procesamiento y tabulación de datos	25
3.8 Análisis de datos	26
3.9. Ética del estudio	26
IV. RESULTADOS	30
4.1. FASE CUANTITATIVA	30
4.1.1. Características de la muestra	30
4.1.2. Estado nutricional	33
4.1.3. Prácticas de alimentación, cuidado e higiene	35
4.2. FASE CUALITATIVA	37
4.2.1. Contexto social y religioso	37
4.2.2. Salud y nutrición infantil	41
4.2.3. Alimentación	46
4.2.4. Cuidado infantil	77
4.2.5. Higiene	97
4.3. RELACIÓN E INFLUENCIA DE LA RELIGIÓN MATERNA EN LA SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL	107
V. DISCUSIÓN	111
VI. CONCLUSIONES.....	122
VII. RECOMENDACIONES.....	124
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
IX ANEXOS	130

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°		Pág.
1.	Procesamiento de análisis fundamentado en datos cualitativos	29
2.	Riesgo y desnutrición infantil según religión materna	34
3	Z-Score de indicadores antropométricos de los niños según religión materna	34
4	Modelo sobre el concepto de salud según religión	44
5	Temporalidad del consumo de alimentos según simbolismos religiosos atribuidos.	71
6	Estilos de dar de comer a los niños según religión materna	73
7	Factores y efectos del estrés materno de las israelitas sobre la crianza infantil.	83
8	Higiene y los factores que la afectan según religión materna del niño.	105
9	Factores socio-ambientales, familiares y del cuidador que afectan la salud de los niños de diferente religión materna.	110

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°		Pág.
1.	Distribución de participantes por condición de religión según técnicas utilizadas.	18
2.	Operacionalización de variables cuantitativas.	19
3.	Operacionalización de la variable cualitativa.	20
4.	Características de la muestra de niños y madres según religión.	32
5	Porcentaje de realización de las prácticas de alimentación, cuidado e higiene según religión materna	36
6	Características alimentarias y factores que la afectan según religión materna del niño.	57
7	Frecuencia de consumo de alimentos de origen animal de los niños de diferente religión materna	59
8	Comunicación del binomio madre-niño según religión materna	89
9	Áreas del desarrollo infantil y estado de ánimo de los niños según religión materna	93
9	Crianza y cuidado infantil: Factores que la afectan según religión materna del niño	95

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N°		Pág.
1.	Cuestionario de datos sociales y de salud	130
2.	Registro de medidas antropométricas	132
3.	Ficha de observación de prácticas de alimentación, higiene y cuidado infantil	133
4.	Guía de preguntas para entrevista a profundidad para madres	138
5	Guía de preguntas para entrevista grupal para madres	141
6	Guía de preguntas para entrevista a profundidad de informantes clave	142
7	Formato de consentimiento informado para evaluación del estado nutricional del niño (a) y entrevista a la madre	145

RESUMEN

Introducción: La religión es un factor sociocultural, cuyo sistema de creencias puede afectar la crianza y alimentación infantil. La transición religiosa se desarrolló principalmente en zonas de altos índices de pobreza, menor cobertura en salud y con rezagos de violencia social. **Objetivo:** Explorar el estado nutricional, prácticas de alimentación, cuidado e higiene entre niños de diferente religión materna. **Lugar:** Distrito de Carhuanca, Provincia de Vilcashuamán, Ayacucho. **Participantes:** La población estuvo conformada por niños menores de 36 meses y sus madres de diferente religión durante el periodo 2011 al 2012. En lo cuantitativo, la muestra estuvo conformada por 29 niños católicos y 15 israelitas, y sus madres. Las prácticas fueron evaluadas en una sub-muestra de 6 binomios madre – niño, seleccionados aleatoriamente según religión y estado antropométrico nutricional; en lo cualitativo, la muestra fue de 20 madres y 4 informantes clave. **Metodología:** Enfoque cuantitativo con un diseño explicativo secuencial (DEXPLIS). Se obtuvieron datos sociodemográficos, antropométricos y de observación directa de las prácticas del binomio madre-niño, también, entrevistas en profundidad (EP) y entrevistas grupales (EG) con madres e informantes clave. **Principales medidas de resultados:** Estado nutricional según antropometría, puntaje de prácticas adecuadas, porcentaje de presencia de diarrea, identificación social y percepción y prácticas de la crianza. **Resultados:** La desnutrición crónica infantil fue 23.8%, con diferencias entre niños católicos (14.3%) e israelitas (42.9%), aunque el puntaje Z de talla/edad de los niños católicos (-0.86) fue mayor que los israelitas (-1.88) ($p < 0.05$). Así mismo, las prácticas de alimentación realizadas por cuidadores católicos fueron mayores en 17.1% del puntaje ($p < 0.05$). La presencia de la diarrea durante las dos últimas semanas fue 13.9 y 6.7% para católicos e israelitas respectivamente. Cualitativamente, se identificaron factores ideológicos, de conformación y dinámica familiar, psicológicos y conductuales que explicarían las diferencias de salud y nutrición entre niños católicos e israelitas. **Conclusiones:** Se halló relación entre la religión de la madre y sus prácticas de alimentación, higiene y cuidado, así mismo, con los indicadores antropométricos y salud infantil.

Palabras clave: Religión, alimentación, higiene, cuidado infantil (fuente: DeCs BIREME)

ABSTRACT

Introduction: Religion is a sociocultural factor, whose system of beliefs can affect the feeding and child rearing. The religious transition mainly took place in area with high poverty rates, low health coverage and remainder of social violence. **Objective:** To explore nutritional status, feeding, care and hygiene practices among children of different maternal religion. **Place:** Carhuanca district, province of Vilcashuamán, Ayacucho. **Participants:** The population included children aged under 36 months and their mothers of different religion during 2011 to 2012. Quantitatively, the sample included 29 catholic children and 15 israelites, and their mothers. Practices were evaluated in a sub sample of 6 mother-child binomial, randomly selected according to religion and nutritional anthropometric status; qualitatively, the sample included 20 mothers and 4 key informants. **Methodology:** Quantum-qualitative approach with a sequential explanatory design (DEXPLIS). Were obtained sociodemographic, anthropometric data and direct observation of practices of the mother-child binomial, also in-depth interviews (IDI) and group interviews (GI) with mothers and key informants. **Main outcome measures:** Nutritional antropometric status, score adequate practices, percentage presence of diarrhea, social identification, and rearing perception and practices. **Results:** The chronic childhood undernutrition was 23.8%, with differences between catholic (14.3%) and israelites (42.9%) children, although the Z score height/age by catholic children (-0.86) was higher than israelites (-1.88) ($p < 0.05$). Likewise, feeding practices by Catholic caregivers were higher at 17.1% of the score ($p < 0.05$). The presence of diarrhea during the last two weeks was 13.9 and 6.7% respectively for catholics and israelites. Qualitatively, was identified ideological factor, family conformation and dynamic, psychological and behavioral factors were identified that explain differences in health and nutrition among catholic and Israelite children. **Conclusions:** There was a relationship between maternal religion and her feeding, hygiene and care practices, likewise in anthropometric indicators and child health

Keywords: Religion, feeding practices, hygiene, child care (source: MeSH NLM)

I. INTRODUCCIÓN

La religión como factor representa un fenómeno socio-cultural que engloba desde lo más profundo de la reflexión humana hasta aspectos de la cultura colectiva, producción de la percepción existencial, moral y espiritual, y expresión simbólica.

El sistema de creencias religiosas está relacionado a la interpretación del mundo y cuanto lo compone como parte de la creación divina, otorgándole un significado esotérico y trascendente a sus elementos^(2,3). Los alimentos no están exentos de estar asociados a significados que rebasan su materialidad, a lo que se denominan simbolismos¹, y a través de la percepción moral y espiritual es que se emiten normas y pautas de comportamientos incluido los alimenticios, con lo cual condicionan y enmarcan las elecciones de consumo manifestadas en prohibiciones de diverso tipo y magnitud, así mismo, concepciones dietéticas relacionadas a lo que es “bueno” y “malo” para el cuerpo, que en definitiva puede intervenir en el proceso de la salud^(4,5). A veces, ocurre incluso que el término salud es utilizado indistintamente para referirse al cuerpo y alma; es a partir de esto, que determinados comportamientos alimentarios sean estrictamente necesarios para alcanzar la santidad y que otros, por el contrario, denoten perversión o pecado⁽²⁻⁵⁾. La gula, en definitiva, es uno de los pecados capitales para la moral católica. El consumo de sangre es una de las prohibiciones más extendidas, aunque no de manera universal; sobre él recae un conjunto de proscripciones que han motivado casi el abandono de su consumo (incluidos derivados como la morcilla o relleno). En el texto bíblico respecto a esta restricción, Génesis IX, 4 menciona “*que nadie de vosotros coma sangre...puesto que el alma de toda bestia está en su sangre*”^(3,4,5).

Según Eckstein (1980), en una religión los alimentos pueden contribuir a comunicarse con Dios (eucaristía, hecatombe), a demostrar su fe mediante la aceptación de las directrices divinas concernientes a la dieta y desarrollar una disciplina mediante el ayuno. Las constricciones relativas a la dieta pueden incluir qué alimentos pueden ser comidos y cuáles no, qué comer en determinados días del año, en qué horas del día deben comerse los alimentos y cuándo o cuán largo debe ser el ayuno^(2, 3).

¹ Los simbolismos alimentarios representan o transmiten un significado que no es inherente al alimento, sino que son contruidos y compartidos por una colectividad de personas.

En el Perú como Latinoamérica, las expresiones religiosas y culturales están vinculadas o coexisten principalmente en los sectores populares. El sincretismo religioso relaciona símbolos y prácticas provenientes de catolicismo con cosmovisión andina, generando la producción de nuevos elementos constitutivos, con expresiones concretas de la identidad cultural expresadas icónicamente desde el interior de estas formas religiosas ⁽⁶⁾.

Entre las religiones estudiadas encontramos a la Asociación Evangélica de la Misión Israelita del Nuevo Pacto Universal (AEMINPU), fundada por Ezequiel Ataucusi Gamonal en 1968. Esta religión es originaria de Perú, caracterizada por un sincretismo doctrinal, una mixtura de creencias tradicionales de la cosmovisión andina, elementos cristianos, entre ellas de procedencia adventista y pentecostal; es fundamentalista, que se cimenta en el antiguo testamento; y mileniarista, cuya creencia considera que habrá una segunda venida de Cristo, así mismo afirman que el Espíritu Santo se encarnó en Ezequiel Ataucusi, a quien llamaban “Cristo de Occidente”, aunque posterior a su muerte, ha ido perdiendo sustento en la congregación y es de prever que esta tendencia se mantenga en el futuro, aunque el discurso apocalíptico conserva aún una enorme importancia ^(8,9).

La Constitución Política del Perú concibe que el estado garantiza la libertad de ideologías y religiones, es por ello que se le considera como un estado laico. Sin embargo, históricamente, el Perú ha mantenido una vinculación orgánica con la iglesia católica, por tal es reconocido como un “país católico” ⁽¹⁾, ello debido a la preeminencia político- cultural que tiene el catolicismo como fenómeno social en el ámbito nacional. Así mismo, éste representaba una afirmación de grupos eclesiales para negar la vigencia de otras religiones diferentes a la católica, acallando la existencia del fenómeno de pluralización religiosa que se había producido en el país al menos desde mediados del siglo pasado y que se hizo relevante en la década de los noventa, despertando interés en su estudio ⁽¹⁾.

La identificación a una denominación o iglesia cristiana no define necesariamente su adherencia a la misma, diferenciándose entre cristianos a los *nominales* o sociológicos, que se identifican con alguna iglesia religiosa pero no participan regularmente (poco o nada) en la vida eclesial y cultural; por otro lado, los *practicantes* tienen mayor conocimiento doctrinal y practican una vida eclesial, ejerciendo las directrices de su iglesia debido al compromiso personal y espiritual ⁽⁹⁾. Pese a la transición religiosa, nuestro país sigue siendo uno de los más católicos en

Latinoamérica, sin embargo, es también uno de los que tiene más baja práctica religiosa (37%), especialmente si lo comparamos con los evangélicos cuya práctica es una de las más altas en la región (72%) ⁽¹⁰⁾.

El Perú presentó cambios demográficos intercensales (1993 -2007) ^{11,12} respecto a la identificación religiosa, reduciéndose la población católica de 89 a 81.3%, mientras otras denominaciones religiosas aumentaron en 6.3% (de 9.5 a 15.8%). Cabe señalar que los evangélicos representan más de décima parte de la población (12.5%)¹².

La presencia de evangélicos fue mayor en zonas de altos índices de pobreza, menor cobertura en salud y de rezagos de violencia social (Huancavelica, Huánuco, Ayacucho y Junín). En ambos censos ^(11,12) se observa en el área rural un mayor porcentaje de religiones no católicas; la religión católica disminuyó de 85.7 a 77.9% debido a la ausencia de párroco católico en esta área y sus comunidades, cuya demanda fue cubierta por el incremento de religiones protestantes de 11,7 a 19,1%.

En Ayacucho ⁽¹²⁾, el 81.1% es católico, 16,3%⁽⁷⁾ es evangélico y 2.0 % profesa otra religión (Testigos de Jehová, AEMINPU, entre otros); en Vilcashuamán, provincia de Ayacucho, según información de la Fundación “Acción contra el Hambre” existen diversos grupos religiosos protestantes, pero se carecen datos sobre su proporción.

En el contexto de pobreza y desarrollo humano, el promedio nacional de pobreza es 39,3% y de pobreza extrema es 13,2%; en Ayacucho, el 68,7% de la población es pobre, de ella 35,8% padece pobreza extrema, por lo que carecerían de recursos indispensables para completar la canasta básica de alimentos. Esta situación afecta más al área rural, donde cerca de 9 de cada 10 hogares son pobres. La situación de pobreza en Vilcashuamán es marcada con un 72,1%, sobre todo por la pobreza extrema que representa a más de la tercera parte de su población (37,2%) ⁽¹³⁾, condición extremadamente dañina que ya limita y dificulta el desarrollo del pueblo y sus comunidades.

La pobreza en Vilcashuamán es notoria, sobre todo en zonas rurales, donde la extrema pobreza se expresa en el alto porcentaje del Índice de Carencias o Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y los bajos Índices de Desarrollo Humano (IDH) ⁽¹⁴⁾. Para el Programa Mundial de Alimentación (PMA), las áreas de mayor vulnerabilidad para la desnutrición crónica infantil en la región Ayacucho son Vilcashuamán y Cangallo ⁽¹⁵⁾.

En la Línea se Base para el proyecto “Combatir la desnutrición crónica en la Sierra Central del Perú” se halló que el 60.7 % de niñas y niños menores de 5 años de los distritos de Vilcashuamán y Concepción padecían anemia, y que los menores de 3 años son más afectados con un 65.5%⁽¹⁶⁾.

En el 2016, la desnutrición crónica y la anemia constituyen aún un problema de salud pública en el país, ya que afectan al 13.1 y 33.3 % de niños de 6 a 59 meses de edad, respectivamente ⁽¹⁷⁾. En Ayacucho, la desnutrición crónica afecta al 18.9% y la anemia al 41.1% de niños, estos valores son mayores a los del promedio nacional ⁽¹⁷⁾. Según el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN), el 23% de los niños menores a 36 meses de Vilcashuamán tuvo desnutrición crónica, donde Carhuana (12.1%) fue el distrito con menor proporción, aunque el de mayor proporción de desnutridos aguda. Por otro lado, 21.4% tuvo anemia, el menor en la provincia ⁽¹⁸⁾

En el contexto rural, los distritos de la provincia de Vilcashuamán, altamente vulnerables por altos niveles de pobreza, acceso insatisfecho de servicios básicos, rezagos de la violencia social y familiar, así como la baja cobertura en salud, albergan a diversos grupos religiosos (Asamblea de Dios, AEMINPU, Testigos de Jehová, Pentecostales y otros), que implica un factor socio-cultural que interviene dentro del proceso de salud porque promueven prácticas alimentarias y de cuidado e higiene familiar. El factor religión puede explicar en sí, parte del incremento y mantenimiento de la desnutrición crónica y anemia en las comunidades de esta provincia.

La importancia del estudio de la religión en la salud reside en cómo sus prácticas pueden beneficiar o perjudicar la salud de sus prosélitos, especialmente en la población infantil donde existen poca evidencia. En algunas religiones tienen un estilo de vida vegetariano, como sucede en los Adventistas del Séptimo día en California (2009) ⁽¹⁹⁾, en quienes se reportó beneficios en relación al peso y a la presencia de enfermedades crónicas. Binkley J (2004) ⁽²⁰⁾ hace hincapié que los beneficios del vegetarianismo son debido a los hábitos saludables, parte de su disciplina espiritual que consiste en una alimentación exenta de carne, pero con mayor consumo de frutas, verduras y frutos secos, realizan ejercicio regularmente y evitan el consumo de alcohol y tabaco.

En la amazonia de Colombia, Tellez (2009) ⁽²¹⁾ explora la concepción del cuidado de la vida y de salud de los pobladores de una comunidad religiosa de la AEMINPU.

Describe prácticas alimentarias, de crianza e higiene en las familias, que son normados por preceptos higienistas, espirituales o morales. Halla restricciones alimentarias, indicios de inequidad de género, prácticas específicas en limpieza e higiene del hogar y la familia, crianza y castigo, entre otros. Todo en ello, enmarcado a las atribuciones de “santificado” o “inmundo”, “puro” o “impuro”.

Entre las prácticas de alimentación, la lactancia materna es una de las más exploradas en el contexto religioso. En Bangladesh (2010) ⁽²²⁾ se estudió la lactancia materna, los factores socio-demográficos que la afectan, y se asoció con la religión, encontrándose que madres no musulmanas (hindú, cristianas y budistas) mantienen una mayor duración de lactancia materna (36,13 meses) que las musulmanas (31,53 meses). En Estados Unidos (2012) ⁽²³⁾, religiones diferentes a la católica y bautista mostraron mayores probabilidades de amamantar; el asistir a la iglesia una vez a la semana o más incremento en un 55% las probabilidades de iniciar la lactancia materna en contraste con aquellas que nunca asistían, aunque sin diferencias relevantes en el tiempo de amantamiento. Por otro lado, en Bolivia (2003) ⁽²⁴⁾, en un estudio de determinantes socio-demográficos en lactancia materna en niños menores de un año que asistieron con sus madres (518) a hospitales en La Paz, donde el 74% de las madres son católicas y resto son protestantes o ateas, no se halló asociación con algún indicador de lactancia materna.

En nuestro país, una publicación relaciona religión y estado nutricional en niños de familias de diferentes religiones en una comunidad en Cuzco (1997), en que la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años de las familias católicas y adventistas fue semejante, pero que se diferenció en la desnutrición global, con un 41% en los católicos y un 8 % en los adventistas ⁽²⁵⁾

Un estudio etnohistórico en una comunidad aymara de La Platería en Puno ⁽²⁶⁾, describe la introducción de la religión Adventistas del Séptimo Día como parte de una propuesta que satisficiera la necesidad de educación, y que fue acogida como alternativa de cambio social. En dicho eje se transmitieron mensajes sobre la crianza del niño, los valores, consejos sobre salud y alimentación desde la perspectiva cristiana. Entre sus normas centrales se encuentra el “*equilibrio*”, es decir que el bienestar debe mantener una estrecha relación entre la alimentación corporal y la vida espiritual. Nuñez N. ⁽²⁶⁾ considera que la adopción de la religión no sólo significó un cambio de creencias, sino también del estilo de vida, entre ellos, la alimentación, pudiéndose resaltar el fomento del vegetarianismo y el no consumo de alcohol.

Para el presente estudio se consideró como idóneo un enfoque mixto (cuantitativo) que permitiera abordar el fenómeno religioso de una perspectiva holística e integrada. Mientras la investigación cuantitativa ofrece numéricamente identificar las características sociales y de salud, evaluar las prácticas de alimentación, higiene y cuidado infantil como también el estado nutricional de los niños, y su relación con la religión materna; la otra permite conocer los procesos subjetivos (actitudinales, idiosincrático, entre otros) y sociales que interactúan entre sí según creencias religiosas, y que afectan al desarrollo del niño. El diseño de la Teoría Fundamentada permitió descubrir las relaciones a nivel ideológico, social y familiar que tienen alcance en el estado de salud y desarrollo de los niños menores de 3 años del distrito de Carhuanca, Ayacucho.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Explorar el estado nutricional, prácticas de alimentación cuidado e higiene entre niños de diferente religión materna

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el estado nutricional de los niños e identificar sus percepciones maternas según religión.
- Determinar las prácticas de alimentación e identificar las percepciones entre madres de diferente religión con niños
- Determinar las prácticas de cuidados e identificar las percepciones entre madres de diferente religión con niños
- Determinar las prácticas de higiene e identificar las percepciones entre madres de diferente religión con niños
- Comparar el estado nutricional, prácticas de alimentación, cuidado e higiene en los niños de diferente religión materna

II. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio de enfoque cuantitativo de Diseño Explicativo Secuencial (DEXPLIS). Según el enfoque cuantitativo fue descriptivo, observacional y transversal ⁽²⁷⁾. Según el enfoque cualitativo fue teoría fundamentada ^(28,29).

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por madres y sus hijos menores de 36 meses residentes del área urbana y rural del distrito de Carhuanca, provincia de Vilcashuamán, Ayacucho.

Elegibilidad

Las madres según su religión se identificaron como católicas, israelitas² o de la “Asamblea de Dios”, hablaban quechua, castellano o eran bilingües y procedían de familias que disponen de alimentos de origen animal (o animales menores). Los niños menores de 36 meses, no presentaron alguna enfermedad crónica que impidiera tener una alimentación y crecimiento normal.

La unidad de muestreo fue el niño o niña menor de 3 años según religión materna y la unidad de análisis fueron las madres y sus hijos menores de 3 años. Para la fase cualitativa, también se consideró a padres e informantes clave, entre estos últimos, líderes religiosos, promotor de salud, agente comunitario y promotor del programa Juntos.

² Los pertenecientes a la AEMINPU se autodenominan “israelitas”

3.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO

A. PRIMERA FASE: Muestra cuantitativa.

Tamaño de la muestra: Se identificaron 50 niños por medio de censo. La muestra estuvo conformada por 29 niños de madres católicas (MC) y 15 niños de madres israelitas (MI). Cuatro madres participaron con dos niños menores de 3 años.

Método de muestreo: El muestreo fue no probabilístico por barrido (censo). Para evaluar las prácticas maternas según religión se seleccionó aleatoriamente una sub-muestra de 10 binomios madre – niño (6 - 35 meses), sin embargo, debido al limitado acceso a las familias de la AEMINPU solo se completó 6 binomios de cada una religión.

B. SEGUNDA FASE: Muestra Cualitativa

Tamaño de muestra: Conformada por 20 madres que participaron entre la observación, entrevistas en profundidad (EP) y entrevistas grupales (EG), agrupadas según el estado nutricional de sus niños. Los informantes clave fueron 4 miembros representativos de la población, con ello se consiguió la saturación de la información.

Método de muestreo: Muestreo teórico⁽²⁹⁾, que consistió en que los individuos entrevistados u observados fueron seleccionados estratégicamente, para que, en forma suficiente, pudieran maximizar los descubrimientos en las variaciones entre conceptos, contribuyendo así al desarrollo de la teoría. Durante el proceso, el análisis y la recolección de datos se realizaron simultáneamente, guiado por los conceptos derivados de la teoría emergente construida a través de la comparación constante.

Tabla N° 1. Distribución de participantes por condición de religión según técnicas utilizadas.

PARTICIPANTES			TÉCNICAS CUALITATIVAS			
			Observación		Entrevistas en Profundidad	Entrevista grupal
			No participante (> 12 horas/día)	Oportunista (<1 hora/día)		Nº EG - participantes
FAMILIAS	Católico	Madres con niño eutrófico	4	3	2	1 - (3)
		Madres con niño desnutrido crónico	2	2	2	
	Israelita	Madres con niño eutrófico	4	2	2	1 - (3)
		Madres con niño desnutrido crónico	2	3	2	
INFORMANTES CLAVE	Católico	Promotor de salud	-	-	1	-
		Promotora de Juntos	-	-	1	-
	Israelita	Pastor de la iglesia	-	-	1	-
		Agente comunitario	-	-	1	-
Total			12	10	12	2 - (6)

3.4. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

A) PRIMERA FASE: Fase cuantitativa

Tabla N°2: Operacionalización de variables cuantitativas.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	CATEGORIA	MEDICIÓN
Estado nutricional	Es el grado de adecuación de las características anatómicas del niño en crecimiento, con respecto a ciertos parámetros antropométricos considerados como normales. Estos parámetros responden a la curva de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud.	Puntaje Z Peso / Talla	Exceso de peso Eutrófico (Normal) Desnutrición aguda	$> +2Z$ De $-2Z$ a $+2Z$ $< -2Z$
		Puntaje Z Talla / Edad	Talla Alta Eutrófico (Normal) Desnutrición crónica	$> +2$ De $-2Z$ a $+2Z$ $< -2Z$
		Puntaje Z Peso / Edad	Exceso de peso Eutrófico (Normal) Desnutrición global	$> +2 Z$ De $-2Z$ a $+2Z$ < -2
Prácticas de alimentación	Conjunto de comportamientos que la madre realiza en la alimentación del niño menor de 3 años. Se evalúan aspectos de la lactancia materna, alimentación complementaria y pre escolar.	Prácticas adecuadas en lactancia materna	Prácticas adecuadas Prácticas Inadecuadas	= 100% del puntaje $< 100\%$ del puntaje
		Prácticas adecuadas en alimentación	No aplica	Porcentaje de realización de las prácticas adecuadas
Prácticas de cuidado infantil	Conjunto de comportamientos que realiza la madre o cuidadora a través de la prestación de tiempo, atención y apoyo para atender las necesidades físicas, mentales y psisociales del niño en crecimiento y desarrollo.	Prácticas adecuadas en cuidado infantil	No aplica	Porcentaje de realización de las prácticas adecuadas
Prácticas de higiene	Conjunto de comportamientos orientados a mantener condiciones de limpieza y aseo, para prevenir la contaminación.	Prácticas adecuadas en higiene	No aplica	Porcentaje de realización de las prácticas adecuadas
Religión materna	Filiación de la madre a una religión, identificándose con ella por sus creencias a la divinidad, así como a las normas de comportamiento y a las ceremonias.	Identificación religiosa	Católica Israelita (AEMINPU)	No aplica

B) SEGUNDA FASE: Fase cualitativa

Tabla N°3: Operacionalización de la variable cualitativa

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	EJES TEMATICOS
Percepciones sobre el estado de salud y nutricional según religión materna	---	Interpretación y significación en torno al estado de salud y nutricional (crecimiento y anemia) del niño menor de 3 años	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concepción de la salud ▪ Crecimiento (peso y talla) ▪ Anemia
Prácticas de alimentación según religión materna	Percepciones sobre prácticas de alimentación	Interpretación y significación en torno a las prácticas de alimentación (lactancia materna, alimentación complementaria y preescolar)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lactancia materna ▪ Características alimentarias (volumen, frecuencia, consistencia y textura) ▪ Alimentos y preparaciones brindados ▪ Estilos de alimentación
	Prácticas de alimentación	Conjunto de actitudes, comportamientos e interacciones del binomio madre - niño durante la alimentación del niño	
Prácticas de cuidado y crianza según religión materna	Percepciones sobre prácticas de cuidado y crianza	Interpretación y significación en torno a las prácticas de cuidado en niño menor de 3 años	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención ▪ Lazos afectivos ▪ Estimulación del desarrollo ▪ Participación paterna ▪ Castigo, corrección y violencia.
	Prácticas de cuidado y crianza.	Conjunto de actitudes, comportamientos e interacciones del binomio madre – niño durante la crianza y cuidado del niño.	
Prácticas de higiene según religión materna	Percepciones sobre prácticas de higiene	Interpretación y significación en torno a las prácticas de higiene en niño menor de 3 años en madres de diferente religión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limpieza e higiene en hogar ▪ Almacenamiento de alimentos y preparaciones ▪ Lavado y limpieza de alimentos ▪ Lavado de manos
	Prácticas de higiene	Conjunto de actitudes, comportamientos e interacciones del binomio del madre – niño durante la higiene y limpieza de niño y el hogar	

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.5.1. PRIMERA FASE: Fase Cuantitativa.

Para la identificación y caracterización de los binomios madre – niño se aplicó un cuestionario de datos sociales y de salud (Anexo N° 1), que consignó información de la madre, capacitación en salud sobre alimentación cuidado e higiene y acceso a programas sociales; también se registraron los nombres y apellidos del niño(a) menor a 3 años, la fecha de nacimiento y la presencia de diarrea durante las 2 últimas semanas. También preguntas sobre prácticas de lactancia materna: Inicio precoz de la lactancia, consumo de calostro, lactancia materna exclusiva, inicio de la alimentación complementaria ^(30,31) y edad de destete. El instrumento fue validado por juicio de expertos, hallándose concordancia entre expertos, además se realizó la Prueba Binomial para cada ítem obteniéndose en cada uno de ellos $p \leq 0.05$.

Para evaluar el estado nutricional de los niños, se aplicó la técnica de medición antropométrica de peso y talla, para lo cual se contó con un formato de registro (Anexo N°2). También se contó con una balanza digital de pie con capacidad de 120 kilos, sensibilidad de 50 gramos, marca SOEHNLE y un tallímetro portátil de niños (estandarizado por CENAN). Las mediciones del peso y talla tuvieron como referente a la guía de Medición de Talla y Peso del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) 2004⁽³²⁾

Para identificar y evaluar las prácticas relacionadas a la alimentación, higiene se realizó la observación no participante, observación directa durante al menos 12 horas continuas en las que la madre realiza sus actividades diarias, que debía concordar con la preparación del primer alimento, hasta el término del último que recibió el niño. Para ello se modificó la Ficha de observación de prácticas aplicada y validada por Callo ⁽³³⁾, a la que se agregó Items de alimentación y cuidado infantil ⁽³⁴⁾, de tal forma que quedó conformada por 4 segmentos (Anexo N°3).

Para la calificación de las prácticas se asignó 01 punto a cada práctica realizada adecuadamente, a excepción de 12 prácticas que fueron considerados de mayor relevancia y tuvieron 02 puntos. El puntaje máximo alcanzable para niños y niñas de 6

a 23 meses fue 45 puntos, y para los de 24 a 35 meses, 39 puntos. La prueba estuvo dividida en 3 ejes temáticos, a la que se le otorgó el puntaje máximo siguiente:

TEMA		TOTAL DE ÍTEMS	PUNTAJE MÁXIMO
1. Alimentación	Alimentación complementaria (6 a 23 meses)	19	24
	Alimentación pre – escolar (24 a 35 meses)	14	18
2. Cuidado Infantil		6	8
3. Higiene		11	13

Se aplicó según la edad del niño(a) considerando como *práctica adecuada* cuando se verifique que la *realiza*, excepto en “*El niño usa biberón*”, “*Se da al niño dulces, gaseosas o comida chatarra*” y “*Hace que los niños realicen reacciones con actos de agresión verbal o física*”.

3.5.2. SEGUNDA FASE: Fase cualitativa

En la fase cualitativa se aplicaron 3 técnicas diferentes, la observación no participante la entrevista a profundidad y entrevistas grupales, ello permitió realizar la triangulación de la información, incrementando la confiabilidad. Basados en el principio de flexibilidad de la investigación cualitativa, los instrumentos fueron modificados según los hallazgos emergentes.

La observación en los hogares se realizó a través de 2 formas: observación no participante (ONP) mediante el registro de un día (al menos 12 horas) y a través de la observación oportunista (OO) que duró menos de 1 hora. El primero, se aplicó como parte de la Ficha de Observación de la fase cuantitativa, teniendo como estructura el mismo contenido, pero que permitía describir las prácticas y registrar lo consumido por el niño durante todo un día. Por otro lado, la OO se realizó principalmente para observar durante la alimentación de los niños y preparación de alimentos. Ambas técnicas tuvieron la finalidad de identificar el contexto de los comportamientos en relación al niño

y describir las interacciones en el binomio madre – niño durante la alimentación, higiene y cuidado infantil.

Para el desarrollo de las entrevistas a profundidad (EP) y entrevistas grupales (EG) se hizo uso de una guía semiestructurada de preguntas (Anexo N° 4, 5 y 6), que fue elaborada en base a 4 variables de la investigación cualitativa (Tabla N°3). Para su confiabilidad fue sometido a juicio de expertos por 3 nutricionistas, 2 antropólogos, y 1 trabajador social, especialistas en investigación e instrumentos cualitativos y con experiencia en trabajo comunitario.

La EP de las madres tuvo como finalidad identificar y describir sentimientos, impresiones y conceptos sobre las prácticas y el contexto social en que se desarrollan, mientras que la EG, tuvo como finalidad conceptualizar, comparar y corroborar la información emergente de las demás técnicas.

Por otro lado, las EP de los actores sociales, entre ellos, pastores religiosos, describió principalmente el contexto social y religioso, y su influencia en las prácticas de alimentación, cuidado e higiene, como también en el estado de salud.

Previo a la recolección de datos se realizó un piloto en la comunidad de San Miguel de Rayme (en Vilcashuamán) donde se aplicó 3 ONP, 3 EP a madres y 1 EP al promotor de salud.

3.6. RECOLECCIÓN DE DATOS:

Previo a la ejecución se realizó coordinaciones con autoridades del centro de salud, dirigentes comunales y pastores israelitas. En 03 comunidades se hizo una presentación pública para propiciar la confianza del equipo de investigación durante en la inmersión de campo. La recolección de datos fue tomada entre marzo del 2011 a junio del 2012.

Una vez identificadas las madres que podrían participar en el estudio, se procedió a explicarles los objetivos del mismo, absolver sus preguntas y con ello obtener su consentimiento informado verbal para su participación.

El enrolamiento de los binomios madre-niño se realizó por censo en 4 de las 5 comunidades rurales y en el 70% de área urbana (Anexo N°6), donde geográficamente reside aproximadamente el 90% de la población.

3.6.1. PRIMERA FASE: Fase Cuantitativa.

Primero, se recolectó información social y de salud, así también sobre las prácticas de LM a las madres por medio de una encuesta y se verificó algunos datos con el Documento Nacional de Identidad (DNI) y la Tarjeta de control y desarrollo del niño.

Luego, se realizó la evaluación antropométrica, obteniendo el peso y la talla de los niños. Para pesar a los niños se retiró la mayoría de prendas, quedando con ropa ligera según las condiciones climáticas.

Una vez determinado el estado nutricional de los niños, se clasificó en dos grupos según religión materna: con desnutrición crónica (DC) y sin desnutrición crónica (NDC), y se aleatorizó para seleccionar una sub – muestra de 6 binomios madre – niño por cada religión. Para realizar la ONP, se explicó el procedimiento a las madres seleccionadas para su participación voluntaria y se estableció un día (cotidiano) para su realización.

3.6.2. SEGUNDA FASE: Fase Cualitativa

Los binomios madre - niño e informarles clave fueron seleccionados por el aporte de información que pudieran brindar para desarrollar la teoría a medida que fue surgiendo

Primero, se realizó las EP a los 04 informantes clave, con la finalidad de conocer la situación de salud y los factores que influyen sus prácticas.

Luego, se realizó las ONP que duraron aproximadamente 14 horas. Recolectaron información sobre las características de la vivienda, identificación de los cuidadores y dinámica familiar, así mismo, describió cómo se desarrollaron las prácticas e interacciones del binomio madre – niño.

Posteriormente, en paralelo se desarrolló las OP y EP, finalmente las EG. Las OP fueron aplicadas en 8 hogares, ampliaron la información sobre las conductas e interacción del

binomio en el cuidado durante alimentación, principalmente durante el almuerzo por aproximadamente 50 minutos. En algunos hogares se realizó una segunda OP.

Las EP duraron de 30 a 60 minutos y se realizaron en 04 madres de cada religión; las EG duraron aproximadamente 45 minutos y se realizaron en el local comunal de San Miguel de Rayme y Chili Cruz, para ello se contó con un moderador y un asistente (observador). Las entrevistas fueron realizadas por tres nutricionistas y un antropólogo, quechua hablante, oriundo de Vilcashuamán.

Durante el proceso de recolección de datos se contó con una bitácora de campo (BC), utilizada como anecdotario. Durante las EP y EG, se anotó expresiones, gestos y las impresiones más relevantes de los entrevistados, también apuntes sobre entrevistas informales a padres, pastor israelita y personal de salud. Por otro lado, se obtuvo material escrito (folletos y libros) que involucran aspectos idiosincráticos y doctrinales de su religión.

3.7 PROCESAMIENTO Y TABULACIÓN DE DATOS:

3.7.1. Fase cuantitativa

Se verificó la conformidad del recojo de la información que estuviese completa y consistente. Se elaboró una base de datos en MS Excel 2010, en la que se digitó y recopiló los datos de las prácticas de lactancia, asignándole un código único a cada niño.

Luego, se elaboró una base de datos en MS Excel 2010, donde se hizo el respectivo descuento del peso de prendas para la obtención del peso neto. En dicha base de datos se utilizó el mismo código utilizado en la base de datos de la encuesta. Para determinar el Z-score y el estado nutricional de los niños se tabuló la información de MS Excel al programa WHO Anthro versión 3.2.2 (<http://www.who.int/childgrowth/software/es/>) cuyo referente es el patrón de crecimiento OMS 2006.

Para las prácticas, se calculó porcentaje alcanzado del puntaje máximo según edad del niño, posteriormente se categorizó como realización adecuada cuando la madre o cuidador había realizado igual o más del 75% del puntaje de las prácticas. La información fue tabulada en una hoja de MS Excel 2010 en una tabla de doble entrada según práctica realizada y binomio observado, luego se determinó el puntaje y se calculó su porcentaje alcanzado.

Cabe indicarse que las hojas de cálculo de Excel de LM, estado nutricional y observación fueron importadas al programa estadístico SPSS versión 20 para su posterior análisis.

3.7.2. Fase cualitativa

Las entrevistas grabadas fueron transcritas en una matriz de doble entrada en base a la información obtenida, se consideró los datos generales de la madre como edad y grado de instrucción, y del niño, edad y presencia de desnutrición. Las columnas de la matriz correspondían a cada persona entrevistada y las filas a los ejes temáticos e ítems de investigación.

La información registrada en las fichas de observación fue tabulada en una matriz de doble entrada, de igual estructura al de las entrevistas. Las filas estuvieron conformadas por las prácticas (ítems) de la Ficha observación no participante (ONP), al que se integró y complementó la información de la observación oportunista (OO).

3.8 ANÁLISIS DE DATOS:

3.8.1. Fase cuantitativa

Para las variables cualitativas, se emplearon el número de casos y porcentaje en tablas de contingencia, para determinar la asociación entre variables se empleó la prueba de prueba Chi Cuadrado (χ^2), aunque se empleó el Test exacto de Fisher cuando uno de los cuadros tuvo una frecuencia mínima esperada menor a 5.

Para las variables cuantitativas, previo al análisis de datos se realizó el test de Shapiro Wilk para determinar la normalidad de los datos. En las variables cuya distribución fue normal se empleó la prueba *t de student* para comparar entre grupos, y se determinó su promedio y desviación estándar. En el resto, se obtuvo medianas y comparó con *U Mann – Whitney*.

Para todas las pruebas se utilizó un nivel de confianza de 0.95.

3.8.2. Fase cualitativa

El proceso de análisis de datos fue según el método inductivo, que comprende 4 etapas: codificación, reducción, análisis – recodificación (categorización) e interpretación final

La etapa de codificación consistió en la elaboración de matrices por cada técnica aplicada, donde se categorizó la información en unidades de análisis para cada uno de los ejes temáticos y dimensiones del estudio. Las matrices consideraron datos generales del binomio madre - niño, así mismo las respuestas emitidas y prácticas realizadas por las madres, ordenadas por ítems, con la finalidad de registrar la extensa variedad y complejidad de información, permitiendo visualizar la información por técnica cualitativa y posteriormente realizar las comparaciones para hallar similitudes o diferencias, para ello se hizo uso de un código de colores, por subrayado y etiquetas, permitiendo clasificar la información o el surgimiento de nuevas ideas; a ello, se agregó información de la BC y otros registros de información (libretos, folletos, etc.) y verificación (fotografías) para establecer la credibilidad de los datos. Así mismo, se registró el procesamiento en la bitácora de análisis.

Para la triangulación por técnica, las categorías fueron descritas en otra matriz, donde se fueron agrupando según temas y subtemas para una facilidad de interpretación. Se indagó por las relaciones, discordancia y semejanzas entre grupos, redactándose simultáneamente las teorías emergentes mediante la comparación constante.

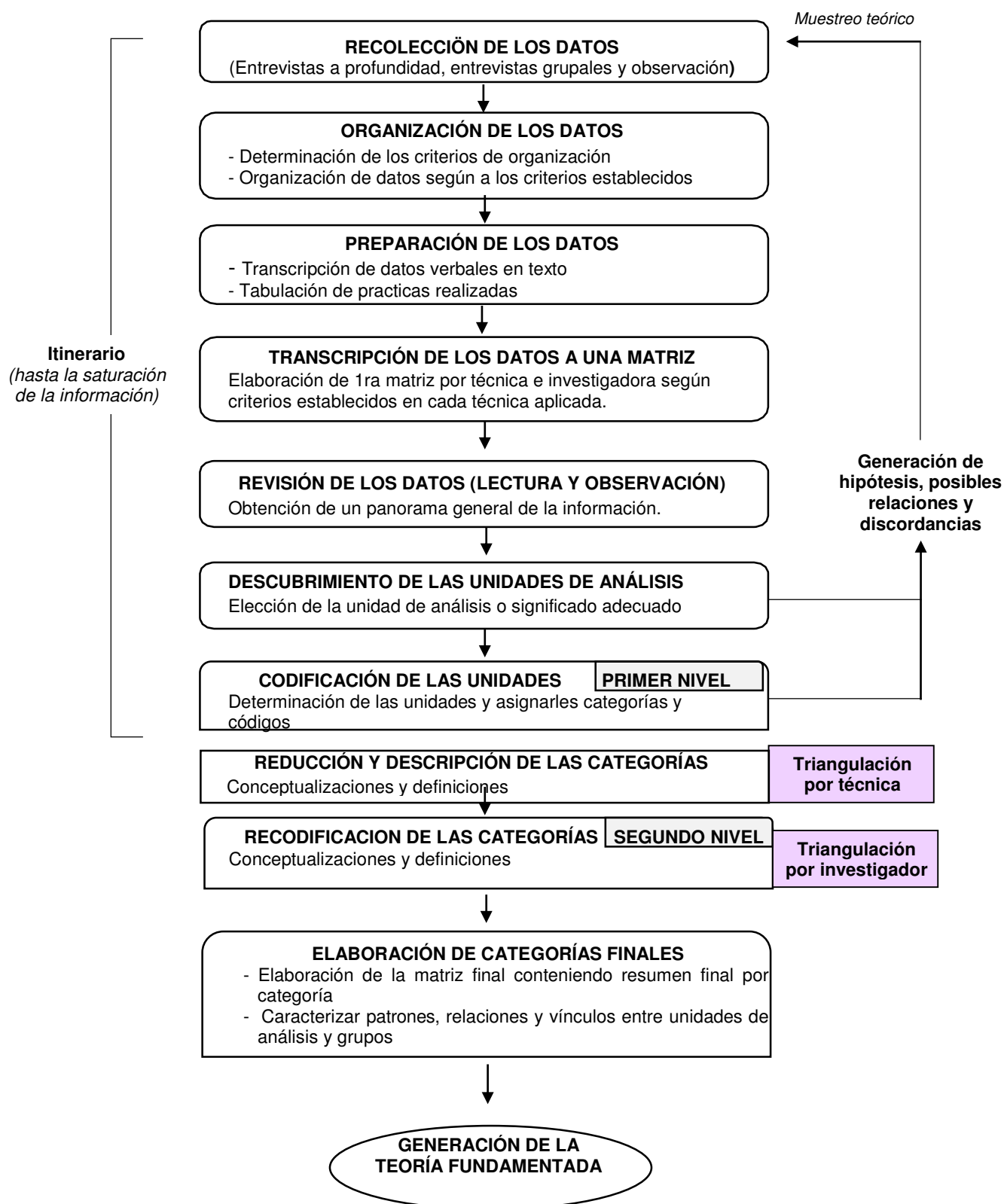
Se aplicó también la triangulación por investigador, para lo cual se contó con la participación de un investigador externo cuya función fue contrarrestar los sesgos subjetivos del investigador del estudio, aumentando la confiabilidad de los resultados. La triangulación por técnica como por investigador permitieron una mayor confiabilidad y credibilidad de los datos.

En la siguiente figura se ilustra fases seguidas durante el análisis cualitativo de los datos (Figura N°1):

3.9 Ética de Estudio:

Antes de realizar el estudio se coordinó con las autoridades locales del distrito y con los dirigentes comunales. Para la participación del binomio se conversó con los padres y madres con el fin de obtener su consentimiento informado (Anexo N° 7), por otro lado, se consideró el asentimiento del niño para la evaluación antropométrica.

Figura N°1. Procesamiento de análisis fundamentado en datos cualitativos



IV. RESULTADOS

4.1 FASE CUANTITATIVA

Se identificó 50 niños menores de 36 meses, 31 (62.0%) de madres católicas, 15 (30%) de madres israelitas y 4 (8%) de la religión evangélica denominada “Asamblea de Dios”. La participación tuvo una tasa de rechazo (TR) de 4.3 %, y se excluyeron los binomios madre - niño de la denominación “Asamblea de Dios” por ser muy pocos

4.1.1 Características de la Muestra

A. Niños

La muestra estuvo conformada por 44 niños menores de 36 meses, 65.9% tenían MC, el resto (34.1%) eran de MI. El 75% procedía del área rural, mientras que el resto, del área urbana. El 33.3% de los niños de MI procedía de la comunidad de Chilicruz.

El 54.5% era de sexo masculino, proporción semejante entre religiones. El 48.2 % de los niños católicos tuvieron menos de 12 meses, mientras que, el 53.3 % de los israelitas fueron mayores a 23 meses, sin embargo, la edad de niño no se relacionó con la religión materna ($p=0.068$). Por otro lado, la mediana de edad de los niños de MC (14,2 meses) fue menor al de los de MI (28,2 meses).

Por otro lado, la **presencia de evento diarreico** durante las dos últimas semanas previas a la entrevista en los niños de MC (13.9%) fue mayor que el de las MI (6.7%).

A Madres

La muestra estuvo conformada por 40 madres, 27 católicas y 13 israelitas. Cuatro de ellas participaron en el estudio con 2 niños en el rango de edad.

La edad de las MC estuvo comprendida de 20 a 29 años, en más dos terceras partes (70.4%), mientras 61.5% de las MI tuvieron más de 30 años. No obstante,

esta diferencia no alcanzó ser significativa ($p=0.054$). La edad promedio de las católicas (27.1 años) fue menor al de las israelitas (31.7 años).

Con respecto al idioma, el 85.2% de las católicas y 76.9% de las israelitas hablan quechua y castellano, sólo cinco madres hablan sólo quechua.

Las MC tenían nivel educativo (NE) desde primaria incompleta hasta superior técnico incompleto, más de la mitad (55.6%) estudió secundaria; las MI tenían entre primaria y secundaria incompleta, más de sus dos terceras partes (69.2%) estudió hasta primaria incompleta. Entonces, las MC alcanzó mayor NE que las MI ($p=0.033$).

El tiempo de residencia fue superior a 2 años en casi todas (97.5%), donde casi las dos terceras partes de las MC (63.0%) e israelitas (61.5%) residen más de 10 años. Por otro lado, todas las MC refirieron pertenecer a su religión desde su nacimiento, mientras que 92.3% de las israelitas lo son desde al menos 2 años.

El estado civil de las madres difirió según religión, el 81.5% de las MC eran convivientes, mientras el 69.2% de las MI estaba casada.

El 59.3% de las familias católicas tuvo entre 1 a 2 hijos, mientras, 61.5% de las MI tuvo entre 3 a 8 hijos. La mediana de hijos para las familias católicas e israelitas fue 2 y 4, respectivamente. Por otro lado, las familias israelitas (53.8%) tuvieron un mayor número de hijos menores de 60 meses, en comparación a las católicas (22.2%), asociándose significativamente ($p=0.045$).

Sobre el acceso a información en salud, el 92.3% de las MI y el 81.5% de MC fueron capacitadas en alimentación infantil, principalmente en “alimentación balanceada” y “anemia”. También, todas las MI y el 88,9% de MC refirieron haber recibido información sobre higiene, respecto al “lavado de manos”, “uso de letrinas” y “viviendas saludables”. En menor proporción fueron informadas sobre cuidado infantil, las MC y MI en 63.0 y 53.8% respectivamente. Las instituciones que capacitaron fueron el personal del Centro de Salud, (90%), JUNTOS (45%), trabajadores de ONGs (30%) y otros (12.5%).

Todas las madres, mensualmente recibieron alimentos³ del Programa Vaso de leche, así también, la mayoría de MC (88%) e israelitas (92,9%) recibió las papillas fortificadas (3 bolsas de 1kg c/u) del Programa Integral de Nutrición (PIN). Todas las MC y 80% de las MI recibieron el suplemento multimicronutriente durante el último mes. Algunas refirieron recibir cantidades diferentes.

TABLA N° 4: Características de la muestra de niños y madres según religión.

CARACTERÍSTICAS			RELIGIÓN MATERNA (%)		p valor
			Católica	Israelita	
Niños	Área de residencia	Urbano	31.0	13.3	0.359
		Rural	69.0	86.7	
	Sexo	Masculino	55.2	53.3	0.908
		Femenino	44.8	46.7	
	Grupo de edad (meses)	0 a 5	17.2	6.7	0.068 ¹
		6 a 11	31.0	13.3	
12 a 23		17.2	26.7		
24 a 35		34.5	53.3		
Total (n)			29	15	
Madres	Grupo de edad (años)	<20	3.7	7.7	0.054 ²
		20 a 29	70.4	30.8	
		30 a 39	25.9	46.2	
		39 a más	0.0	15.4	
	Nivel educativo	Sin educación	7.4	30.8	0.033 ³
		Primaria	29.6	38.5	
		Secundaria	55.6	30.8	
		Superior	7.4	0.0	
	Número total de hijos por familia	1 a 2	59.3	38.5	0.217 ⁴
		3 a 5	40.7	23.0	
		> 5	0.0	38.5	
	Dos o más niños <5 años y < 3 años por familia	<5 años	22.2	53.8	0.045
		<3 años	7.4	15.3	0.822
	Estado civil	Soltera	7.4	7.7	-
Conviviente*		81.5	23.1		
Casada		11.1	69.2		
Total (n)			27	13	

1. Análisis bivariado de las categorías de "<12 meses" y "≥12 meses".

2. Análisis bivariado de las categorías de "<30 años" y "≥30 años".

3. Análisis bivariado de las categorías de "primaria a menos" y "secundaria a más".

4. Análisis bivariado de las categorías de "1 a 2 hijos" y "≥3 hijos"

- No se determinó

* Su categorización permitió diferenciar a madres con o sin pareja.

³ Les entregaban 11 bolsas de leche en polvo, 2 tarros de leche evaporada de 410gr, 3 kg de azúcar.

4.1.2 Estado nutricional

Se evaluaron por antropometría a 42 niños⁴, 28 católicos y 14 israelitas.

La desnutrición aguda se halló en un niño, mientras que el sobrepeso fue en dos. No obstante, hubo más niños israelitas con riesgo de desnutrición (<-1.00 Z-score). Pese a ello, el Z- score de peso para la talla no tuvo diferencias según religión ($p=0.874$)

El 23.8% de los niños se encontraba con desnutrición crónica (DC), con diferencias según la religión materna, 14.3% y 42.9% para las católicas e israelitas, respectivamente. En los últimos, 14.3% tuvo DC severa.

El Z-score de talla para la edad, para católicos e israelitas fue -0.89 y -1.88, respectivamente, cuya brecha intergrupar fue de casi 1 desviación estándar de la curva de crecimiento infantil ($p=0.015$). También hubo diferencia significativa según género ($p=0.033$), observándose una diferencia entre niños y niñas semejante en los católicos (0.86) e israelitas (0.74) pero que en ambos desfavorece a los niños.

La desnutrición global se presentó en menos de la décima parte (7.1%), principalmente en los israelitas (14.3%). El Z- Score según religión tampoco mostró diferencias significativas ($p=0.066$) a pesar de la diferencia de 0.57 entre grupos religiosos.

⁴ Una madre israelita negó la evaluación antropométrica de su hija, mientras que un niño católico no asintió su evaluación.

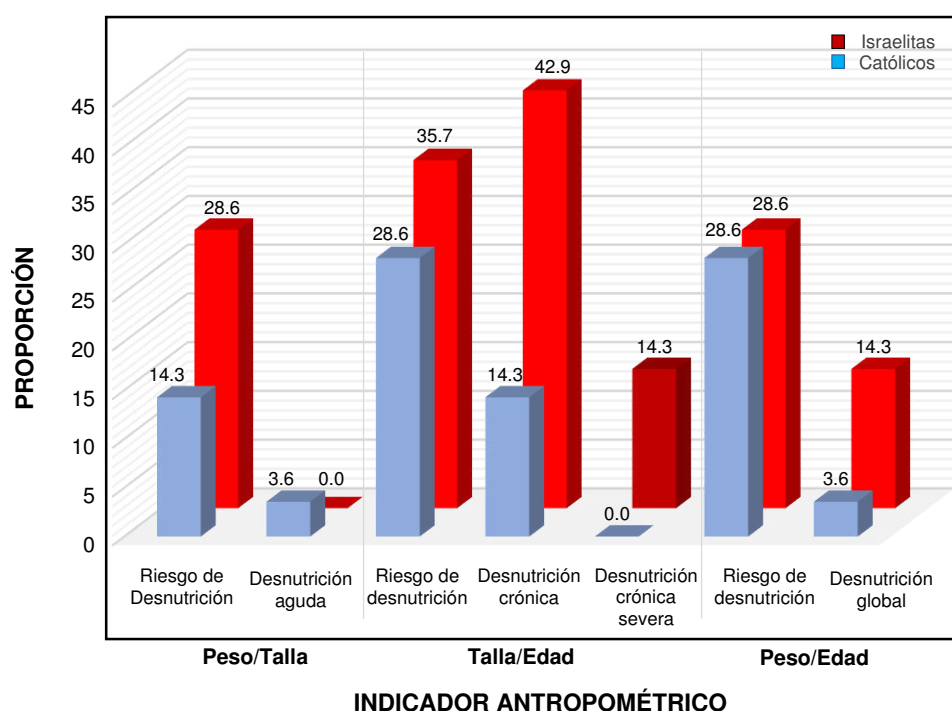


FIGURA N° 2: Riesgo y desnutrición infantil según religión materna

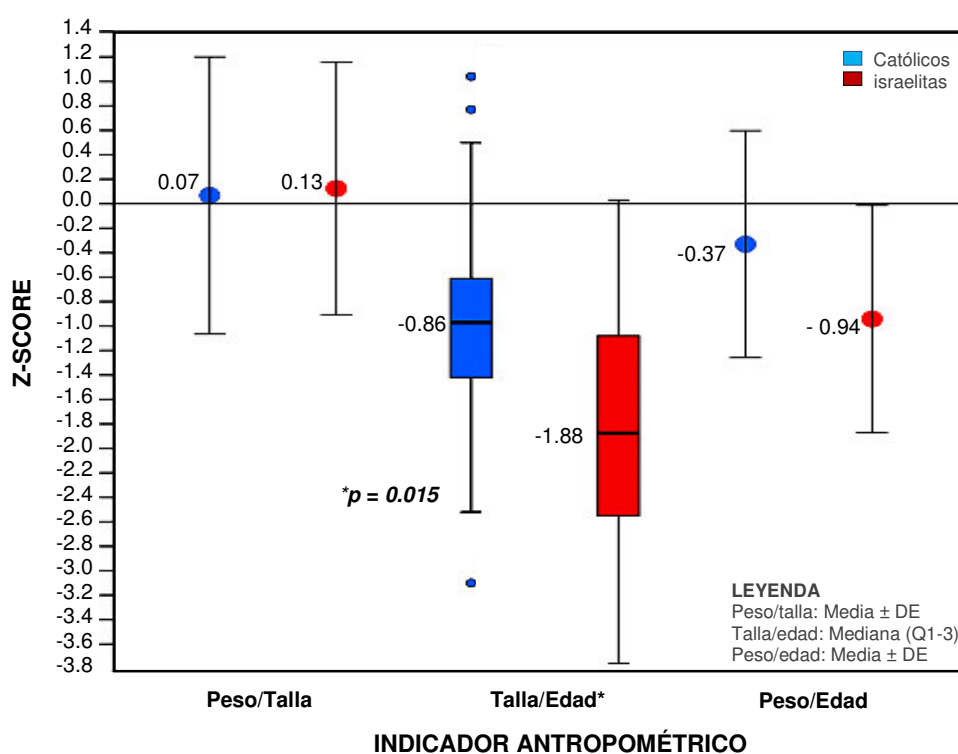


FIGURA N° 3: Z-score de los indicadores antropométricos de niños según religión materna

4.1.3. Prácticas de alimentación, cuidado e higiene

A.3.1 Prácticas de Lactancia Materna

Todas las madres brindaron calostro a sus hijos recién nacidos, a su vez, más de las tres cuartas partes (81.3%) lactaron durante la primera hora de haber nacido, no se observa diferencias según religión. Dentro de este lapso, 44.8% de los niños católicos lactó inmediatamente después de nacer (durante los primeros 5 minutos) y el 17.2% de 6 a 20 minutos, es decir que, el 62.1% la brindaron durante sus primeros 20 minutos. En las israelitas, el 40% la brindó entre los 21 a 59 minutos, así mismo, las dos terceras partes (66.7%) lactaron entre los 6 a 59 minutos de nacidos. Las medianas de tiempo en que se les brindó el calostro fueron para los niños católicos e israelitas, 6 y 30 minutos respectivamente, notoria diferencia, aunque no significativa ($p=0.106$).

La lactancia materna exclusiva (LME) se brindó en el 72,5% de los niños, sin diferencias entre católicos e israelitas.

Durante el momento de evaluación, todos los niños menores de 24 meses estuvieron recibiendo LM. La edad hasta la cual las madres pretenden brindar LM a sus niños, tuvo una ligera diferencia entre las medianas de católicos (24 meses) e israelitas (21 meses). Cabe indicarse que, el 6.9 % de niños mayores a 24 meses que aun lactaba, era católico.

Por otro lado, el 40% de los niños ya cesó la LM. La Lactancia continua hasta los 2 años fue mayor en los niños de MC (70%) que en las de MI (25%), cuyas medianas de edad de cese fue 21 y 18 meses respectivamente, no observándose diferencias estadísticas ($P=0.425$).

Las prácticas adecuadas de LM fueron realizadas por el 58.3% de las MC y 21.4% de las israelitas, se halló asociación significativa entre religión y su realización adecuada ($p=0.027$)⁵.

⁵ Su análisis se realizó para madres con niños de 6 a 35 meses.

A.3.2 Prácticas de alimentación, higiene y cuidado infantil

Estas prácticas se evaluaron en una sub-muestra de 12 niños con edad de 6 a 35 meses, seleccionados aleatoriamente según religión y estado nutricional.

- **Prácticas de alimentación**

Las prácticas adecuadas de alimentación fueron observadas sólo en 2 MC. El puntaje de realización de las prácticas de alimentación estuvo entre 28.6 a 76.2, cuyos promedios para católicos e israelitas fue de 62.5 y 45.4 respectivamente, hallándose diferencia significativa ($p=0.049$).

- **Prácticas de cuidado y crianza**

Las prácticas adecuadas de cuidado fueron observadas en 3 MC y en 2 MI. El puntaje realización de las prácticas adecuadas fue para católicos e israelitas, 68.3 y 76.7 respectivamente, no observándose diferencia estadística ($p=0.488$).

- **Prácticas de higiene**

Las prácticas adecuadas de higiene fueron realizadas principalmente por las MI ($n=4$), mientras sólo una madre católica la realizó. El porcentaje de realización de las prácticas adecuadas de higiene se encontró entre 35.7 a 92.9, sin diferencia significativa entre católicos e israelitas

Tabla N° 5. Porcentaje de realización de las prácticas de alimentación, cuidado e higiene según religión materna

VARIABLES	RELIGIÓN Media \pm DE		Diferencia de medias	p valor
	Católica	Israelita		
Prácticas de alimentación	62.5 \pm 13.2	45.4 \pm 13.3	17.1	0.049**
Prácticas de cuidado	68.3 \pm 24.8	76.7 \pm 13.7	8.4	0.488
Prácticas de higiene	57.1 \pm 16.9	70.3 \pm 19.4	13.2	0.240

*Analizados con T-student para muestras independientes

** Diferencia estadísticamente significativa

4.2. FASE CUALITATIVA

4.2.1. CONTEXTO SOCIAL Y RELIGIOSO

A. Situación de nutrición, cuidados e higiene en los niños

Se reconoció a la desnutrición infantil como una problemática que afecta sus comunidades, causada por una inadecuada o escasa alimentación e higiene de las familias. Hubo preocupación por esta situación, a pesar de su reducción en el distrito. Algunos consideran que la desnutrición se debe al descuido y desinterés de los padres, incluso habiendo sido orientados por los Centros de Salud (CS) u otras instituciones.

Por otro lado, uno de los promotores de salud consideró que la inadecuada alimentación se debe a la reducción de consumo de alimentos de la zona (quinua, habas, etc.) debido a su desplazamiento por alimentos foráneos (arroz, fideos, etc.); percibidos por las madres como *“mejores para el desarrollo del niño”*. El arroz, azúcar y fideos son alimentos que se encuentran en la mayoría de los hogares y que son utilizados con frecuencia.

Se perciben mejoras en la higiene familiar por los cambios en la infraestructura de los hogares, como la construcción de cocinas mejoradas y letrinas en sus comunidades, debido a la participación de organizaciones e instituciones cuyos *“programas”* tienen como beneficiarios a los niños y sus familias, así mismo se reconoce a los agentes comunitarios o promotores como importantes en su desarrollo.

Por otra parte, reconocen como limitante a la falta de concientización de los padres y madres en capacitarse o en realizar prácticas adecuadas aun conociéndolas. Por tal, a pesar de las mejoras en los últimos años, aun consideran su situación como *“más o menos”* o *“ni tan bien, ni tan mal”*.

Muchos consideran que aún hay descuido en la **crianza y cuidado** de los niños por parte de sus familias, ya que existe una falta de interés y conciencia en el problema, así también, la escasa participación paterna en actividades relacionadas a la crianza, con excepción de muchas familias israelitas que el padre participa más activamente.

Para mejorar la situación comunal y distrital de los niños se reconoce como necesario brindar una adecuada alimentación, mantener la higiene de los niños, principalmente el lavado de manos; evitar el maltrato físico y psicológico en ellos, así mismo, debe haber una participación de ambos padres en el cuidado infantil.

Los actores sociales consideran necesario el compromiso de los padres y el interés de ellos en capacitarse, para esto es necesario e imperativo el apoyo e intervención multisectorial (autoridades locales e instituciones de apoyo social y en salud) para desarrollar prácticas saludables en alimentación, higiene y cuidado, aunque también en desarrollo agrícola. A pesar que muchas instituciones u organizaciones como el Centro de Salud (MINSA), Programa JUNTOS y ONGs intervienen en la mejora de la situación infantil, aun es necesario la articulación entre ellas, así también involucramiento de otros sectores distritales como la Policía y la Municipalidad.

B. Religión: Influencia y lazos con la comunidad

En el distrito de Carhuanca, se identifican tres religiones: La católica, AEMINPU (israelitas) y evangélicos de la denominación Asamblea de Dios, siendo las dos primeras, las predominantes.

La religión católica se mantiene en la población como una *tradición* o *costumbre*, que se atribuye implícitamente a cada persona que no tiene otras creencias religiosas, como lo manifestaba un poblador: “*aquí, muchos aun somos católicos más por costumbre, hay algunas que si deben creer en Dios, pero aquí no hay mucho...hay [algunos] que van a otras religiones, ellos ya no son pe...*”. Puede entenderse entonces que los autoidentificados como católicos son principalmente nominales.

Existe una escasa representación e influencia espiritual de su iglesia, no habiendo lazos que los relacionen a las prácticas de alimentación, cuidado e higiene, o a su intervención comunitaria en ese eje temático.

Los sacerdotes realizan sus misas principalmente durante las fiestas de aniversario del distrito. La mayoría negó la asistencia de sus familias a las misas, y las pocas familias que asisten, viven principalmente en el área urbana del distrito. Paradójicamente, a pesar de la ausencia del sacerdote cuentan con *iglesias* en la

plaza del distrito y en varias de sus comunidades. Por otro lado, algunas familias asistieron esporádicamente a cultos de otras religiones.

Diferente a lo anterior, algunas madres refirieron que el pastor israelita ha intervenido conversando con autoridades comunales sobre “*cómo alimentar*” a niños, “*el ordenamiento en la casa*” y “*lavado de manos*” para prevenir enfermedades. La AEMINPU cuenta con (02) centros de culto en el distrito de Carhuanca, ambos ubicados en el área rural, mientras que los evangélicos Asamblea de Dios cuenta con 01 centro de culto ubicado en el área urbana. Ambas religiones son activas socialmente en la población.

En la religión israelita, el pastor en su función de predicador o diácono de su religión, tiene como misión principal la evangelización de las familias, que involucra el adoctrinamiento de la ideología: la cosmovisión, creencias y prácticas. Si bien existe la idea que el niño pequeño aun no puede decidir su religión, a través de las redes intrafamiliares buscan afiliarlo o adherirlo a ella. En los adultos, muchos pobladores optaron por *convertirse* en israelitas por la decepción que sienten a la iglesia católica y la *oferta* de cambios espirituales y de su dinámica familiar, como el cese de la violencia doméstica y el alcoholismo. Una israelita “*convertida*” hace 5 años narró su vivencia: “... *¡ay! era feo en estos tiempos, mi esposo era violento, borracho venia y problemas hacía... el pastor vino y nos habló... mi esposo con los israelitas cambió y ya no toma...*”

En los católicos las creencias cristianas *coexisten* con las creencias tradicionales de la cosmovisión andina, que incluso pueden ser opuestas; por otro lado, la religión israelita es sincrética pues albergan una mixtura de algunos aspectos de la cosmoandina, pero en gran parte de influencia bíblica, y muchas de sus concepciones influyen en las creencias y prácticas maternas.

Los prosélitos israelitas afirmaron que en el discurso de su iglesia trata sobre la higiene, haciendo hincapié en la limpieza y orden en el hogar, aseo personal y lavado de manos. De este último, algunas madres refirieron que debe realizarse después de ir al baño, antes de preparar y consumir los alimentos. La promoción de estas prácticas no sólo atiende a un modelo higienista altamente propagado, sino también a modelo disciplinario cuyos comportamientos de los prosélitos son *observados* por su iglesia, aunque la higiene *física* (externa o material) fue percibida por algunos como previó al bienestar espiritual (pensamiento, sentimientos, etc.) y

que posiblemente es excluyente, por otro lado, es considerado como una práctica de respeto a su iglesia cuando se ingresa al culto.

“...se habla, o sea que los niños deben estar más limpios, que tengan el cabello largo porque ellos siempre tienen que estar limpios, ordenados hasta en su casa, por ahí ven, porqué la iglesia todos ven como es el comportamiento en casa, así entonces de esa forma lo ven...” (AGS, Israelita, EP)

En el discurso también se habló sobre el comportamiento del prosélito, éste promueve el respeto, disciplina y reciprocidad, y evitar la violencia y alcoholismo, debiendo optar por conductas moderadas tanto en lo personal como en su dinámica familiar. El comportamiento es otro elemento reconocido como importante en su doctrina, que yace en él la base de la crianza y cuidado de los niños como lo son la armonía familiar para criarlos adecuadamente, crianza basada en el ejemplo⁶ (disciplina, honestidad, obediencia, entre otros⁷), participación de ambos padres en la crianza y cuidado infantil, educación desde la primera infancia y corrección de sus hijos sin violencia física⁸ o moral⁹.

El pastor y prosélitos reconocen implícitamente cómo la doctrina afecta en la alimentación, cuyas atribuciones simbólicas a los alimentos son de orden fundamentalista¹⁰ y generan prohibiciones alimentarias. Durante el discurso religioso, el pastor trató someramente sobre alimentación, cuando hizo referencia a los alimentos de origen animal y su relación con el crecimiento del niño, por otra parte, se señaló prohibiciones alimentarias, incluyendo al ayuno, según ciertos días o *festividades*. Cabe aclarar que el ayuno es realizado por hombres, mujeres y adolescentes, pero no por niños “*pequeños*” por considerar que aún no pueden decidir. Estas prácticas restrictivas responden a la obediencia del prosélito.

⁶ Publicación israelita, “Corrige a tus Hijos”: ¿Cómo deben dar ejemplo los padres? Fundamentado según refiere en 1 Ti: 3:4, 5:8

⁷ Ley Real, VIII Mandamiento: No hurtarás: y no engañaréis, ni mentiréis ninguno a su prójimo. No oprimirás a tu prójimo, ni le robarás. [...]delante del ciego no pongas tropiezo [...]no robarás a tu padre y a tu madre.

⁸ A pesar de no estar conforme con la violencia, unas cuantas madres refirieron que en la iglesia le dijeron que cuando “se porta muy mal” pueden castigar físicamente con chicote.

⁹ Publicación israelita, “Corrige a tus Hijos”: ¿En qué forma debemos corregir? Fundamentado según refiere en Pr 19:18-19, 23:13-15 y Col 3:21

¹⁰ El Fundamentalismo ⁽³⁵⁾ es una corriente religiosa o ideológica que promueve la interpretación literal de sus textos sagrados o fundacionales (por encima de una interpretación contextual) o bien la aplicación intransigente y estricta de una doctrina o práctica establecida

“...todos los sábados se reúnen y creo que lo toman como ayuna, no comen los adultos, pero ellos prefieren que los niños sí, o sea ellos no pueden decir que los niños no coman, porque ellos no deciden por los niños, sino que los niños están primero, eso es más que nada, así no más. O sea, así de la alimentación netamente no hablan, pero algo...” (AGS, Israelita, EP).

Si bien su doctrina tiene bases establecidas, existen aspectos modificables por el pastor, según su comprensión bíblica y experiencia; también recaen en él otras influencias como las orientaciones del CS, ONGs, entre otros. Con ello se desea dar a comprender que se pueden fomentar o promocionar prácticas saludables, respetando su marco cultural y religioso, ante ello el pastor israelita mostró disponibilidad en transmitir otros conocimientos a sus prosélitos: *“...lo que nosotros escuchamos en la charla, nosotros compartimos... eso queda grabado [en mi]”*

4.2.2 SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

A. Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED)

Los promotores, autoridades comunales y el pastor israelita reconocen la importancia del control CRED para monitorear, controlar el peso y talla de los niños, y descartar la presencia de la desnutrición. El control de peso y talla, y vacunación son reconocidos como actividades de cuidado infantil que deben tener las familias con sus hijos.

Algunos actores sociales y MC refirieron que las familias israelitas son más renuentes a llevar a sus hijos a los CS para los controles CRED y vacunación, según sostienen porque desconfían, se oponen o no reconocen su necesidad por considerar que los creyentes de su religión *“están protegidos por Dios”*. Aquella *protección* fue referida en algunos hogares israelitas, principalmente por los hombres, quienes también atribuyeron efectos dañinos a la vacunación.

“Los de religión israelita, tal vez son creyente a su religión, no creen en el cuidado de salud, ¡no hay en cuanto al cuidado! ... por más que digas vaya a controlar al puesto de salud... creen sólo en su religión” (PS, Católico, EP)

“...él rechazaba que su hijo fuera vacunado, porque consideraba que eran dañinas... las traían del extranjero para experimentar en los niños de esta

zona, así también, refirió que ellos estaban protegidos por Dios, por eso su familia no se enfermaba, contradictoriamente su hijo había tenido diarrea hace unos días...” (Esposo de C, Israelita, BC).

Opuesto a la percepción de la reducida asistencia de los niños de familias israelitas a los controles CRED, las MC e israelitas manifiestan asistir a ellos, así mismo, todas negaron influencia de sus grupos religiosos para realizarlos, no obstante, la mayoría de MC afirmaron ser influenciadas o “*presionadas*” por el personal de salud. Por otra parte, algunos informantes sostuvieron que la asistencia a los controles no se diferencia entre MC e israelitas ya que la gran mayoría de familias están condicionadas económicamente por el programa JUNTOS.

Algunas manifestaron que su asistencia también dependió del personal de salud que los atendía, comparando aspectos como la amabilidad y de cómo las orientaban en la consulta.

B. Concepción de la salud

Cuando se indaga sobre lo que consideran como salud en el niño, tipifican dos nociones abiertas como son la del “*niño sano*” y “*niño no sano*” (enfermo), por lo que la concepción de la salud refleja a un modelo excluyente de enfermedad, que físicamente los caracterizan por tener *fuerza*¹¹, ser activo y tener buen estado de ánimo. La presencia de ciertos síntomas o signos (diarreas, fiebre, aftas, dolor, etc.), indicios o supuestos (llanto inexplicable, “*saltos*” cuando duerme, “*susto*”, etc.) y aspectos psicológico - cognitivo (“*traumas*”, falta de aprendizaje, etc.) implican que el niño no está sano. Esta última tiene menor reconocimiento en la población. Este concepto estaría inmerso en lo que denominaremos salud material o física, pues es perceptible. En los israelitas se identificó dos tipos de salud, la mencionada como salud material, y la salud espiritual¹², que están relacionados al estilo de vida religioso y a la *santificación*. Ambos tipos de salud tienen puntos de encuentro, aunque son formas separadas.

Respecto a la **salud material**, las MC e israelitas reconocen a un niño sano porque se les ve “*alegre*” “*jugando*” o “*moviéndose*”. Muchas MC consideran que un niño

¹¹ “*Tener fuerza*” hace referencia a aspectos simbólicos como la vigorosidad, resistencia a enfermarse o su capacidad de recuperación.

¹² Los términos de “*Salud material*” y *Salud Espiritual* fueron utilizados por Tellez ⁽²³⁾ en un su estudio etnográfico sobre el cuidado de la vida y de la salud en una comunidad religiosa en la amazonia colombiana. Las concepciones de ellos fueron adaptados al contexto y percepciones de los involucrados.

sano no se caracteriza o diferencia por su complexión de “flaco” o “gordo”, pues en ambas condiciones puede haber enfermedad, no estereotipando la salud con algún patrón relacionado al peso, menos en los extremos; al contrario, varias MI perciben a los niños “gorditos” como más sanos, mientras que unas cuantas los reconocen por una “piel colorada”.

Ambas religiones coinciden que, para que un niño esté sano es necesario brindarle una buena alimentación¹³ e higiene. Por otro lado, muchas madres relacionan al niño sano con un adecuado crecimiento y ganancia de peso, en tal sentido, valoran el control CRED como medio para descartar la desnutrición. Si bien las madres toman en consideración el diagnóstico de crecimiento para conocer su estado de salud, el estado de ánimo es más valorado, por ello algunas madres, principalmente israelitas, restan importancia a la desnutrición por percibir que sus hijos están “sanos”.

“...porque hay contextura diferente, porque hay niños flaquitos que están sanitos y niños gorditos que están enfermos, también están sanos, así es pe ¿no? No podemos decir él está enfermito y él sanito...” (E, Católica, EG)

“Un niño sano siempre alegre, gordito, haciendo travesura y en su colegio sacando buena nota señor. Uhm niño sano, alegre, a la vista bien coloradito está” (F, Israelita, EG)

La salud infantil, especialmente en aspectos de nutrición, son relacionadas a la inteligencia y rendimiento escolar.

C. Influencia de la religión en el concepto de salud infantil

Las MC negaron que la Biblia refiera algún aspecto sobre salud en el niño, por otro lado, pese a que la mitad de MI sostiene que existe contenido sobre cuidado y salud del niño en la Biblia, esta fue asumida debido a que su pastor impartió esa información, la misma que él negó fundamento bíblico, es decir, fue su experiencia. Por otra parte, existen nociones sobre el bienestar espiritual, debido a la obediencia, fe y compromiso con Dios. Este bienestar representa a un tipo de salud, no muy esclarecido, pero que se describiéremos como salud espiritual.

¹³ Lo reconocido como “buena alimentación” se detalla más adelante con ese título.

La **salud espiritual**, concierne a la fortaleza para no pecar y a la salvación. El alejamiento del pecado trae consigo sensación de bienestar, porque serán salvados en el Juicio final. El punto de encuentro entre la salud material y espiritual se relaciona al estilo de vida religioso como lo es el contacto a lo que simbólicamente denominan como *impuro* o *inmundo*, el tener comportamientos indebidos según los preceptos de la Ley de Dios o lo reglamentado en su iglesia. El consumo de alimentos prohibidos o restringidos según calendario religioso, incumplir la Ley Real, no limpiar sus viviendas, alcoholizarse, agredir física o verbalmente, entre otros, pueden convertirlos en pecadores, por ende, privarlos de su protección en salud material o castigarlos con enfermedad a ellos y sus familias.

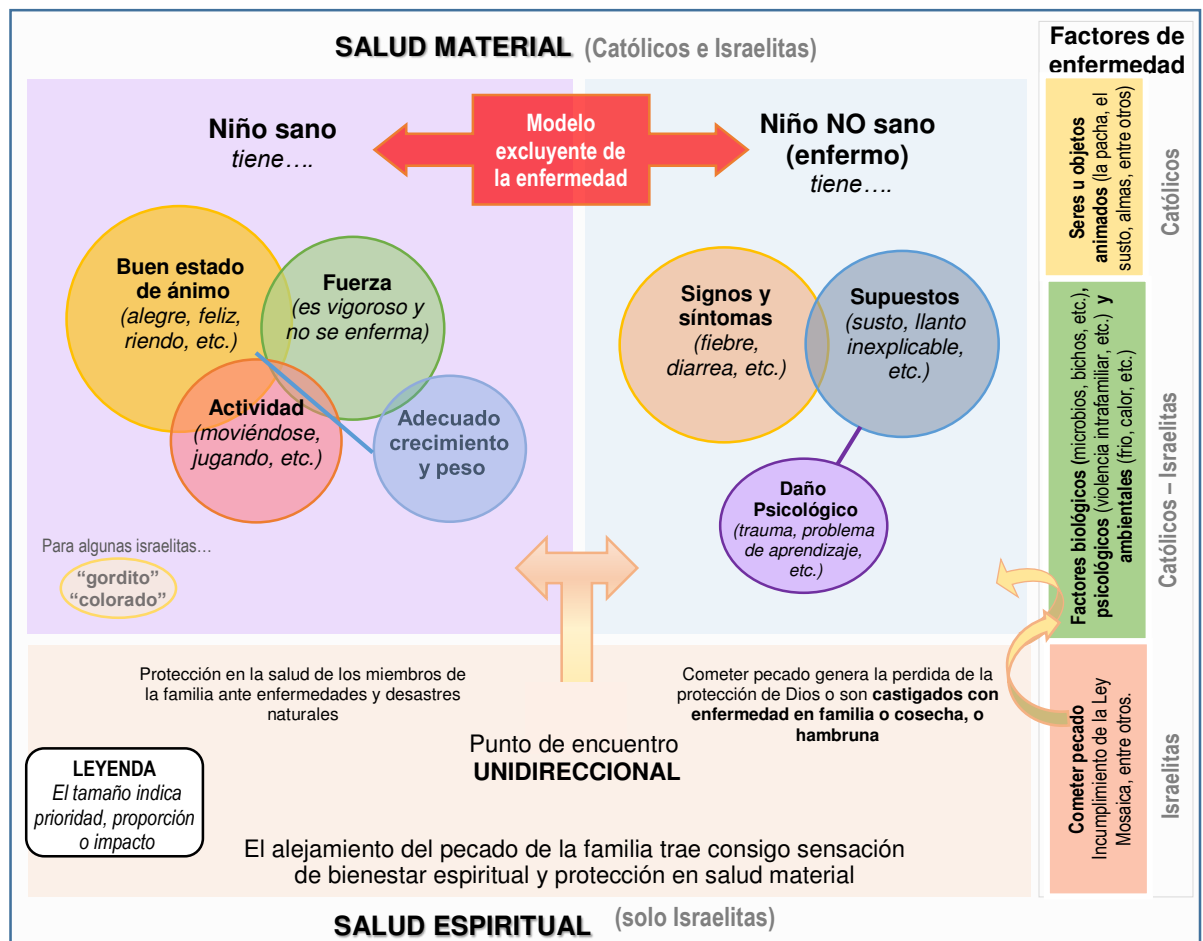


Figura N° 4: Modelo sobre el concepto de salud según religión

D. Diferencias del estado de salud y nutrición

Promotores de salud y MC percibieron diferencias entre el estado de salud de los niños según su religión materna, consideran que los niños de MI tienen mayor riesgo a estar desnutridos o anémicos, por sus prácticas restrictivas de alimentos de origen animal (sangre, carne, huevo, entre otros), no obstante, algunos consideran que el crecimiento y la morbilidad entre niños de diferentes religiones es semejante.

“Iguales no son, en su peso y su talla ... israelitas no comen, y lo católicos normal comemos todo. ¡Con anemia también estarán!” (A, católica, EG)

Contrario a lo anterior, las MI no perciben diferencias entre sus hijos y los de la religión católica; el pastor y algunos padres israelitas consideran que los niños católicos tienden a enfermarse más, porque los niños israelitas están protegidos porque sus padres tienen fe, creen y obedecen a Dios.

“...yo creo en Dios y su mamá cree en Dios, tenemos fe [...] a mi hijita no le puede atacar cualquier enfermedad, ni nada ...La mayor parte [de desnutridos] creo está en los católicos [...] no practican las cosas de Dios, pero tiene fe en los santos, y la enfermedad le puede atacar en mayor parte...” (Esposo de M, Israelita, EP)

Con respecto a la anemia, es concebida por las MC e israelitas como una enfermedad en que la sangre esta “aguada”, concepto indicado en las orientaciones del personal de salud. Las MC consideran que la causa de la anemia es la “mala alimentación”, mientras que, la mayoría de MI consideró que era debido a la “falta de alimentación”. En ello se connota una diferencia, las MC hacen mención a la calidad nutricional, mientras que las israelitas a la cantidad.

Respecto a las consecuencias de la anemia en los niños, las MC consideran que son el bajo peso, desgano e inapetencia del niño, que directamente afectan al crecimiento. Se reconocen las características de un niño anémico o efectos a corto plazo como consecuencias, relacionándolas causalmente o en coexistencia a la desnutrición por retardo de crecimiento o bajo peso. Por otro lado, las MI negaron conocer las consecuencias de la anemia.

El riesgo de anemia de sus hijos no es percibido por las MC ya que consumen alimentos de origen animal, y porque sus hijos tienen “buen peso y talla” o por su

“*buen apetito*”. Por otra parte, si bien las MI tienen restricciones a AOA fuentes de hierro, ellas tampoco perciben riesgo, a excepción de una madre cuyo hijo tiene retardo en su crecimiento, a pesar que ella considera que le brinda una “*buen alimentación*”.

4.2.3. ALIMENTACIÓN

A. Lactancia materna

A.1 Sentimientos e interacción al brindar lactancia materna

La mayoría de las MC expresó sentirse “*emocionada*” y “*feliz*” al dar de lactar a su bebe. Cuando dieron *pecho* hubo interacción a través de miradas, hablando, jugando, cantando y/o sonriéndole al niño, caracterizado por una interacción rostro a rostro de intensidad y duración moderada. La lactancia se conceptualiza con un significado nutricional¹⁴ como lo manifestó una madre de la comunidad de Rayme Alto, “*...es para alimentar*”; así también, un significado afectivo-emocional como lo expresó una madre de la comunidad de San Miguel de Rayme: “*... en dar leche sientes un cariño especial*”.

“*... yo siento que lo esto alimentando, comiendo de todo, bueno yo me alimento de todo comiendo menestras, frutas y eso lo transmito a mi hijo mediante la lactancia ... es una emoción bien linda que le des a tu hijo de lactar - expresó emocionada – “ (D, Católica, EG)*

Por otra parte, unas madres brindaron LM sin mostrar una interacción adecuada del binomio madre-hijo, que se debió aparentemente a la preocupación por actividades del quehacer diario, así mismo, ellas expresaron de forma indiferente sentir la LM como “*...normal*”, como si fuera algo *común* o *cotidiano*.

Semejante a lo último, la mayoría de MI refirió sentirse “*bien*” o “*normal*” al brindar lactancia o *pecho*, sin expresar emoción como las católicas, no obstante, la mayoría de ellas dio de lactar sonriendo, hablando, jugando y cantándole a sus hijos, caracterizado por una interacción de rostro a rostro, pero de duración variada. La interacción de la LM fue más intensa en el binomio madre - niño

¹⁴ La frase “es alimento” en las expresiones de los entrevistados connota un concepto de “es nutritivo”.

israelita. Ambos grupos concibieron a la lactancia como un medio de alimentación e interacción afectiva.

“Alegre señorita, así cariñando – sonrío – ...Siempre así, limpiando manito para que sienta mi cariño señorita” (F, Israelita, EG)

A.2 Inicio de la lactancia

Las MC afirman haber brindado el calostro porque *“tiene muchas vitaminas”*, *“da fuerza”* y es importante *“para que no se enferme”*, así mismo, mencionaron que lo brindaron durante la primera media hora de nacido su hijo. Algunas refirieron que al nacer sus hijos *“se lo pusieron”* de inmediato y ellas dieron de lactar, mientras que otras mencionaron que demoraron en dárselos de 10 a 20 minutos.

“...no era blanca, era medio amarillito todavía... eso es importante, ¿sino cómo va vivir! ... debe ser importante porque cuando nació al toque me lo pusieron para que lacte ...da más vitaminas” (E, Católica, EP)

Las MI refirieron haber brindado el calostro, en su mayoría la dieron porque *“tenían que darle”* y sólo unas pocas mencionaron porque *“tiene vitaminas”* o porque las consideran nutritivas. Existe un reconocimiento ambiguo sobre su necesidad y los beneficios que pueden brindarles.

“Si di cuando me lo pusieron... era porque tenía que tomar” (C, Israelita, EP)

La mayoría de madres entrevistadas no reconocen cuál es motivo del porqué deben tener contacto con sus niños y brindarles el calostro lo más pronto posible, pero por la naturaleza de procedimiento y en las condiciones del centro de salud es una práctica frecuente. Sólo unas cuantas madres refirieron que no tuvieron ese contacto precoz debido a complicaciones en el parto que afectan al niño o a la madre, como son la prematuridad, el bajo peso y la cesárea.

Los promotores comunitarios y pastor israelita coincidieron en que se debe brindar el calostro a los recién nacidos ya que es de gran importancia, principalmente porque es *“nutritivo”*, *“brinda protección al niño”* ante enfermedades y favorece al desarrollo del bebe. Los promotores y personal de salud refieren fomentar su consumo en las madres del distrito, por otro lado, consideran que no hay diferencias en brindar el calostro entre las madres de diferentes religiones.

A.3. Lactancia Materna Exclusiva (LME)

La LME es una de las prácticas más identificadas y propagadas en capacitaciones y consejerías del personal de salud, a pesar de ello, independiente de la religión, no se reconoce con claridad las motivaciones de las madres para realizarla hasta los 6 meses, pero si los motivos para no aplazarla más tiempo¹⁵. El motivo por el que las madres deben incorporar alimentos a los 6 meses fue porque lo “*dicen en la posta*”, es decir, porque se lo indicó el personal de salud, porque consideran que la leche materna ya “*no es suficiente*” para el crecimiento del niño; *por otro lado*, sólo unas cuantas refirieron porque sus “*estomaguitos no están preparados para darles comida*” antes de los 6 meses.

“...del niño su estómago no está formado, [ni] compuesto para las comidas pesadas...a los 6 meses recién puede comer” (J, Israelita, EP)

Muchas madres mencionaron haber introducido otros alimentos antes de los 6 meses de edad como “*sopas*”, “*calditos*” y “*agüitas*”, así también, algunos brindaron alimentos como la mazamorra y “*leche de tarro*”, y excepcionalmente, leche de cabra. El principal motivo para introducir alimentos antes de los 6 primeros meses fue el “*antojo*” del bebe, que fue interpretado por la abertura y cerrado de la boca del bebe o por mirar fijamente la comida cuando los padres comen. Otros motivos fueron el “*dolor de barriga*”, por lo que las madres les dieron agüitas o infusiones, así también, la sensación de no tener suficiente leche materna hizo que las madres dieran leche evaporada¹⁶. La edad aproximada en que se interrumpió la LME fue alrededor de los 4 meses del bebe.

“...dice nomás hasta los 6 meses, pero él ya quería comer... No dábamos de comer mucho, le hacíamos probar nada más...hasta los cinco [o un poco] menos le dábamos tipo agüita no más... [cuando] que le dolía su barriguita [...le dábamos] agüita de anís o manzanilla con cucharita... (E, Católica, EP).

Semejante a lo referido por las MC, las israelitas introdujeron principalmente “*sopitas*” y “*calditos*” a la alimentación de sus bebes. Algunas madres interrumpieron la LME porque sus bebes “*ya querían probar*” porque “*se antojaban*”, unas cuantas lo hicieron para que se vaya acostumbrando a comer o

¹⁵ Dichas motivaciones se describirán con mayor detalle en Alimentación complementaria y pre-escolar

¹⁶ La leche evaporada o fresca lo disolvían con agua, y algunas le echaban azúcar.

“...para que ya vaya probando”. La edad de interrupción LME fue alrededor de los 5 meses.

Cabe señalar que, la mayoría de MC e israelitas pese a referir haber brindado LM exclusiva hasta los 6 meses, al indagar sobre si introdujeron precozmente algún alimento (agüitas o caldos) se contradijeron. Existen muchas razones que explicarían este fenómeno: Uno de ellos es que no reconocen a los líquidos como alimentos o el brindar pequeños volúmenes de forma esporádica no fue significativo como para considerarlo una interrupción de la LME; el que los líquidos sean más digeribles y aceptado por los niños, los vincularían a no ser dañinos; por otro lado, existen indicios sobre temor al reproche del personal de salud o al cese de bono económico transferido a sus familias por el programa JUNTOS, ya que es una práctica altamente difundida.

“...hasta los 6 meses porque ella no come, toma agüita...De 6 meses señorita, calditos de poco a poco no tan espesos... cuando cumplió sus 5 meses le he hecho probar gotitas, el caldito no más...” (F, Israelita, EP).

En el extremo contrario, unas madres extendieron la LME hasta 8 1/2 meses, debido a la presencia de vómito, náuseas o rechazo durante el inicio de la alimentación. Algunas confundieron la *protrusión* como el rechazo a comer de los niños.

A.4 Cese de la lactancia

Todas las MC e israelitas con niños menores de 24 meses brindaban lactancia, y expresan su intención de seguir dando de lactar

La mitad de las MC tienen la intención de *dar pecho* hasta los 12 a 18 meses de edad, mientras que el resto refirió su intención hasta los 24 meses. Los motivos del primer grupo de madres se debieron a una creencia tergiversada, pues algunas madres dicen *“al dejar de lactar el niño va caminar”*, y otras que *“debe dejarse de lactar cuando el niño ya camine”*. Otro motivo fue la cantidad de dientes, a mayor número, puede alimentarse mejor.

“Bueno, hasta que empiece a comer bien pes, al año y medio o año y ocho meses... hasta ahí ya va caminar y ya también [va a] alimentar[se] con los alimentos naturales y no va necesitar mucha leche pe” (E, Católica, EP)

“...Hasta año y medio [le voy a dar leche], hasta que camine bien... Cuando le quito se va parar de caminar, así me han dicho” (A, Católica, EG)

Solo unas pocas refirieron que por “estudio” iban a “cortar el pecho”¹⁷ antes de los 12 meses de edad de su hijo, ya que no tendrían tiempo para amamantarlo.

Los motivos que dieron algunas madres para dar lactancia hasta los 24 meses fueron evitar la angustia en sus hijos, ya que “llora y se enferma”¹⁸; también porque se reconoce su importancia, “es bueno seguir dando”, aunque no se esclarece el porqué.

Las MI con niños menores de 24 meses, también brindaron lactancia y desean que su hijo siga lactando, la mayoría hasta los 18 a 24 meses de edad. Los motivos para dar lactancia a los niños de 18 meses a más fue su perspectiva pragmática, como expresó una madre de Chili Cruz: “...mi costumbre” o cuando el niño hable mejor y se pueda “comprender qué pide”. Particularmente, una madre refirió porque su “hijo está bajo de peso... hasta 2 años porque esta flaquito”.

Depende, un año, un año y medio... [Depende] de lo que habla, a veces no habla, ¿cómo vas a comprender qué comida pide?... (V, Israelita, EG).

La edad para que el niño “hable mejor” o se “comprenda” lo que pide será alrededor de los 18 meses, pudiendo a partir de ahí, destetarlo. Se observó el destete a un niño de 15 meses de edad, que consistió en fingir dolor y aparentar un pezón irritado, obteniendo una expresión de sorpresa y angustia del niño.

Cabe mencionar, que las MI que ya destetaron a sus hijos, lo hicieron entre los 14 y 18 meses del niño, menor tiempo de lo planeado por otras madres de su religión, así mismo, menor a la edad de destete de los niños católicas (16 - 24 meses)

A.5. Características de la lactancia

Pese a que los informantes manifiestan que no hay diferencias en la LME, edad de destete o veces al día que se da de amamantar a los niños entre grupos

¹⁷ Se entiende contextualmente la frase “cortar el pecho” como la interrupción definitiva de la lactancia.

¹⁸ Se entiende contextualmente que las frases “...y se enferma” e “...y se pone mal” en el sentido que el niño puede angustiarse y físicamente decaerse.

religiosos, durante la observación se halló ciertas diferencias en la interacción afectiva, frecuencia y duración de la lactancia

CARACTERÍSTICAS	RELIGIÓN MATERNA	
	Católica	Israelita
Frecuencia ¹⁹ (veces/día)	5 a 10 veces/día <i>Lactancia materna media a alta</i>	8 a 14 veces/día <i>Lactancia materna alta</i>
Duración (minutos/toma)	5 - 7 min/toma (entre 3 a 10 min/toma)	4 min/toma (entre 2 a 8 min/toma)
Interacción afectiva	Intensidad: Moderada Duración: Moderada	Intensidad: Variable (sutil a intensa) Duración: Variable
Edad del cese de la lactancia	16 a 24 meses	14 a 18 meses

A pesar que hubo más niños israelitas mayores a 12 meses, al menos la mitad de ellos tuvieron mayor frecuencia, pero menor duración durante la lactancia, debido a que, ante presencia de signos de molestia, fastidio e incomodidad o hambre, sus madres intentaron calmarlo a través del amamantamiento. Esto se puede interpretar como “LM a libre demanda” pero en sí el amamantamiento fue utilizado como un medio para tranquilizar a los niños ante circunstancias no necesariamente alimentarias.

B. Alimentación complementaria (AC) y pre-escolar

B.1 Edad de inicio y primeras preparaciones en la alimentación complementaria

La mayoría de MC refirió haber brindado alimento cumplido los 6 meses de edad de sus hijos, las preparaciones fueron de consistencia espesa o semi-espesa, aunque de texturas variadas (papillas, purés y picados). La mayoría refirió haber brindado purés “finos” y mazamoras, mientras que unos cuantos brindaron puré grueso o “*machucado*” (verduras y papa de sopa), papilla especial del Programa Integral en Nutrición (PIN) y huevo picado. Brindaron estas preparaciones porque ayudan a “*llenar su barriguita*”, “*no le hacen mal*” y los insumos para prepararlos

¹⁹ La frecuencia de lactancia materna consumida por los niños se clasificó como bajo (1-3 v/d), medio (4-5 v/d) y alto (>6 v/d) según Organización Mundial de la Salud ⁽³⁶⁾

“...son alimentos naturales que se tienen en casa” (verduras, papa, huevo, entre otros).

“Primerito le hemos dado su papilla, después comió huevitos pasados, luego sopitas con verduritas machucando en su platito, papita le echaba a la sopa y eso le machucaba con caldito de sopa...” (E, Católica, EP)

Solo unas cuantas madres refirieron que al haber intentado brindar alimento a sus hijos a los 6 meses, lo suspendieron hasta los 7 meses porque *“les hizo mal”* al percibir que ocasionaron náuseas o *“vómitos”*.

De forma semejante, la mayoría de MI refirió haber brindado alimento cuando sus hijos cumplieron 6 meses, que tuvieron consistencia espesa o semi-espesa, aunque de textura variada. La mayoría refirió haber brindado purés *“finos”* y *“gruesos”*, mientras el resto refirió haber dado mazamorra y huevo picado. Algunas refirieron haber dado sopas

“...tres cucharadas de purecito, a veces he dado machucadito...Y también nos ha dicho (personal de salud) ...zapallo machucadito y con camote, con zanahoria así, bien machucadito como puré...” (J, Israelita, EP)

Los motivos por los que las MC e israelitas comienzan a dar alimentos o preparaciones a los 6 meses de edad²⁰ del niño es porque el personal de salud se lo indicó, así también, porque consideran que la leche materna ya *“no es suficiente”* para su crecimiento o porque hasta los 6 meses la leche materna tiene *“más vitaminas y de ahí ya no”*.

“...Desde los 6 meses, de la posta nos explicaba para darles [otros alimentos] porque [después] no es suficiente con la leche materna [para su crecimiento]...” (H, Católica, EP).

“Porque su estómago no se llena con leche, ya está creciendo...ya tiene que comer pe...” (J, Israelita, EP)

²⁰ En muchos casos se les brindó no exactamente a los 6 meses, sino hasta una semana antes, que para fines de análisis se consideró como equivalente.

B.2 Características alimentarias

B.2.1. Volumen consumido según edad

La mayoría de niños católicos tuvo un consumo aceptable²¹ del volumen total de la preparación de comidas y alimentos de acuerdo a su edad; mientras la mayoría de israelitas lo hizo deficiente.

Cabe mencionar que, la mayoría de madres o cuidadores de ambas religiones brinda alimentación con una cuchara, cuando lo recomendado es utilizar cucharita de acero. El llenado de la cuchara fue de la 1/6 a 1/3 parte²², lo cual equivaldría a la 1/3 a 2/3 de una cucharadita. El brindar cucharadas puede afectar la percepción del volumen brindado, sobrevalorándose, con lo cual las madres podrían reducir el volumen a brindar.

B.2.2. Consistencia de las preparaciones consumidas

Las MC e israelitas reconocen la importancia de brindar preparaciones espesas y semi-espesas a sus hijos, considerándolas más nutritivas, o como lo dicen ellas, “*es más alimento*”. Este concepto fue el más difundido y fomentado por el personal del Centro de Salud y ONGs.

Durante las observaciones, la mayoría de los niños católicos e israelitas consumieron una alimentación predominantemente conformado por alimentos sólidos o preparaciones semi-espesas²³, sin embargo, en muchos hogares es frecuente brindarles bebidas preparadas o agua a los niños, así también, a la mitad de los niños se les brindó sopas o caldos, incrementando el volumen total, reduciendo la densidad calórica y nutritiva de la dieta.

Pese a un mayor consumo de líquidos de los niños católicos, los volúmenes espesos (y semi-espesos) fueron mayores en relación a los israelitas.

²¹ El volumen consumido por los niños fue clasificado como “deficiente”, “aceptable” o en “exceso” según se indica en el instrumento de ONP en la fase cuantitativa. Esta clasificación tuvo como referente a los Lineamientos de Nutrición Infantil del CENAN (2004)

²² La altura o llenado de la cuchara fue semejante a un Alto 1 según clasificación de Laminario de Medidas Caseras de Prisma, 1996.

²³ Se consideró “alimentación predominantemente espesa” a aquella cuya conformación alimentaria es de consistencia sólida o espesa, así mismo éste conforma más del 75% del volumen total consumido en los niños de 6 a 23 meses, y más del 65% en niños de 23 a 35 meses. Estos índices corresponden al instrumento de observación participante en la fase cuantitativa

El brindar preparaciones espesas fue definida por las percepciones maternas; positivas como valor nutricional, y negativas como la poca digestibilidad y aceptación infantil. Es en ese punto intermedio, que posiblemente muchas madres brindan las “*sopas espesas*”, ya que cubría tanto la digestibilidad como la consistencia semi – espesa.

B.2.3. Textura consumida según edad

Debido a que las madres reconocen la importancia de las comidas espesas, la textura determinará la presentación en que se brindará las preparaciones. Entre los motivos para definir la textura encontramos el nivel de masticación que se relaciona a la edad del niño y la digestibilidad otorgada a la preparación o alimento brindado. Diferente a otras características alimentarias, la textura es menos especificada en las consejerías del personal de salud.

La mayoría de niños católicos y muchas israelitas consumieron predominantemente preparaciones y alimentos con una textura aceptable según su edad. La textura de las preparaciones brindadas durante un día fue mixta, es decir, que a los niños de 6 a 8 meses se brindó papillas y puré grueso (“*machucado*”), mientras que, en los de 9 a 11 meses se brindó picado, y en menor cuantía, entero proveniente de la olla familiar; finalmente en los mayores de 12 meses se brindó predominantemente de la olla familiar y en menor proporción, trozado o picado. Algunas MI, a pesar que sus niños eran mayores de 12 meses, aun brindaban preparaciones como puré grueso o picados, ya que les facilitaba poder darle de comer a sus hijos reduciendo la necesidad de asistirlos.

Para la preparación de los alimentos del niño, todas las madres extrajeron alimentos cocidos provenientes de la olla familiar, adaptándolos a la textura según considerasen necesario. Entre los alimentos más utilizados de la olla familiar fueron papa, arroz, morón, zapallo, zanahoria, frejol, calabaza y algunas hortalizas oscuras.

B.2.4. Frecuencia de consumo

La mayoría de MC brindó a sus hijos una frecuencia de consumo aceptable de acuerdo a la edad, mientras que el resto de las madres la brindó con una frecuencia mayor a lo considerado aceptable.

Respecto a las comidas principales, los niños menores de 12 meses consumieron desayuno y almuerzo, mientras que los mayores de esta edad consumieron desayuno, almuerzo y cena. Estas comidas fueron consumidas durante un lapso no mayor a 30 minutos.

Las demás tomas alimentarias fueron colaciones, algunas brindaron pequeñas porciones de alimento entre comidas, a los cuales denominaremos como piques²⁴, que fueron, por ejemplo: un trozo pequeño de queque, una cucharadita de palta, trozo extra pequeño de carne, entre otros. Las MC ofrecieron a sus hijos más colaciones y piques que las MI. Posiblemente, esta mayor frecuencia de tomas generó aportes alimentarios extras que favorecieron a un mayor valor calórico y nutricional en un día de consumo.

Semejantemente, las MI brindaron a sus hijos una frecuencia de alimentación aceptable de acuerdo a la edad, y solo unas cuantas lo hicieron de forma insuficiente.

Con respecto a las comidas principales, independiente del grupo de edad, un poco más de la mitad consumió desayuno, almuerzo y cena, sin embargo, el resto conformado por niños mayores de 16 meses, solo consumió 2 tomas principales, el desayuno y el almuerzo o cena. Ésta última condición es inadecuada e insuficiente para cubrir las necesidades nutricionales de un niño mayor a 12 meses.

En la mayoría de los niños israelitas, su desayuno o almuerzo demoró más de 30 minutos, observándose un aplazamiento (principalmente en el almuerzo), cuya porción servida es consumida en dos tiempos distanciados entre sí por 40 a 80 minutos, y que, a pesar de ello, muchos no terminan de consumirla. La práctica del aplazamiento permite que no consuma en el horario que corresponde se relaciona a madres que interactúan

²⁴ Definiremos piques como una pequeña cantidad alimento, menor a porción mínima y que logra conformar parte de una colación por consumirse entre comidas. (Elaboración propia)

permisivamente. Se observó que aquellas madres que brindaron lactancia previa al almuerzo o que tenían alguna actividad posterior del mismo (pastoreo, atender a familiar, etc.) fue más frecuente el aplazamiento.

Integralmente podemos describir que, los niños católicos consumieron preparaciones espesas y volúmenes totales más apropiados para su edad. Un factor involucrado en el volumen total es la frecuencia alimentaria, que, si bien en ambas religiones fue aceptable, los católicos tuvieron aspectos diferenciadores a su favor. Se reconoció que varios niños israelitas no consumían una de sus principales tomas alimentarias (almuerzo o cena), ya que era sustituida con una colación; en conjunto con el aplazamiento de las preparaciones brindadas y su desenlace con un bajo consumo de la porción servida, justificarían la diferencia entre el volumen total consumido durante un día de los niños de diferentes religiones, por lo que los niños israelitas tendrían mayor riesgo a la desnutrición debido a sus características alimentarias desfavorables.

Tabla N° 6: Características alimentarias y factores que la afectan según religión materna del niño.

RELIGIÓN MATERNA						
CARACTERÍSTICAS ALIMENTARIAS	Católica			Israelita		
	Valoración	Comentario	Factores que lo afectan	Valoración	Comentario	Factores que lo afectan
Volumen	++++	La mayoría consumió un volumen aceptable; Unos pocos consumieron en exceso	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mayor frecuencia alimentaria ■ Conductas responsivas - controladoras de las madres - Brindar más sopas y bebidas 	+	La mayoría consumió un volumen deficiente; Solo uno lo hizo en exceso.	<ul style="list-style-type: none"> - Conductas permisivas o indulgentes de las madres. - Sobrevaloración de lo consumido
Volumen espeso o semiespeso	+++	La mitad consumió una cantidad considerable de alimentos espesos.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consumo de “piques” sólidos o espesos 	+	La cantidad de alimentos espesos consumidos fue deficiente.	<ul style="list-style-type: none"> - Menor frecuencia alimentaria ■ Brindar menos sopas y bebidas
Consistencia (Espeso o semi espeso)	+++	Predominantemente conformado por alimentos sólidos o semi espesos, aunque la mitad consumió sopas y bebidas.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informado en centro de salud ■ Percepción favorable sobre comidas espesas 	++++	Predominantemente conformado por alimentos sólidos o semi espesos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informado en centro de salud ■ Percepción favorable sobre comidas espesas -
Textura	++++	Mixta, aceptable para la edad.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Costumbre de utilizar alimentos de la olla familiar 	+++	Mixta, aceptable para la edad. A algunos niños mayores de 1 año se les brindó picados y purés para facilitar poder darles de comer y reducir la necesidad de asistirlos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Costumbre de utilizar alimentos de la olla familiar - Menor tiempo de crianza por trabajo doméstico - Conductas permisivas o indulgentes de las madres
Frecuencia	+++	La mayoría consumió una frecuencia aceptable. Conformado por 3 comidas principales y 2 a 3 colaciones, además de piques.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conductas responsivas - controladoras de las madres 	+	La mayoría consumió con una frecuencia aceptable, y pocas insuficientemente. Muchos conformados por 2 comidas principales y 1 a 3 colaciones.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplazamiento de las comidas - Lactancia previa al almuerzo - Conductas indulgentes y no involucradas de las madres

La valoración máxima fue 5+ (++++), cuya calificación se basó en el nivel de cumplimiento de las prácticas. Los factores que afectaron las características alimentarias fueron positivos (■) o negativos (-).

B.3 Alimentos y preparaciones en la alimentación infantil

B.3.1. Consumo de alimentos de origen animal

Las MC reconocieron la importancia de los alimentos de origen animal (AOA), considerándolos nutritivos para el “*crecimiento*” y desarrollo de la “*inteligencia*” en sus hijos, solo unas cuantas lo relacionaron los lácteos al desarrollo óseo. Semejante a los católicos, las MI los consideran importantes por ser buenos para el “*crecimiento sano*”, así también, algunas los relacionaron al desarrollo de la “*inteligencia*” en sus hijos.

“...son alimentos para ellos, porque forman sus huesitos así pe. O sea, para que pueda captar bien en los estudios desde la niñez, cuando alimentas el niño también se desarrolla bien y después ellos también rápidamente aprender en la escuela también...” (H, Católica, EP) “

...para que crezca fuerte y sano, para que sea inteligente también...” (J, Israelita, EP).

Para las MC, los alimentos considerados como importantes de este grupo fueron la carne fresca (pollo, res, carnero y cuy), carne seca o “*chalonga*”²⁵, la sangre, huevo y la leche; algunas consideran que la carne fresca es más nutritiva que la carne seca, ya que al ser secada y convertida a chalonga pierde beneficios nutricionales. Para las MI, los importantes de fueron la leche, el queso o cachipa, las carnes frescas (pollo, res y carnero), carne seca y pescado.

La mayoría de niños de MC tuvo un consumo de AOA entre 4 a 5 veces a la semana, mientras que, las MI tuvieron entre 4 a 6 veces. Para los católicos, los AOA referidos como de mayor de consumo fueron el huevo de gallina, mientras que, para los israelitas fue la chalonga.

²⁵ En las comunidades de Carhuanca se utilizó el término charqui o chalonga indiferenciadamente como sinónimos. Si bien ambas carnes son producto de deshidratación seco-salado, la chalonga es carne de cordero, mientras el charqui es de alpaca o llama. Por tal, en este contexto geográfico-agrícola solo se referirá a la carne seca como chalonga.

Tabla N°7: Frecuencia de consumo de alimentos de origen animal (AOA) de los niños de diferente religión materna

ALIMENTO	FRECUENCIA DE CONSUMO	
	Católica	Israelita
Huevo	3 - 5 v/s	2 - 3v/s
Lácteos	2 -3 v/s	1 -2 v/s
Carnes (res, pollo, cuy u otro)	1 - 3 v/s	1 - 2 v/s
Carne seca (chalona)	≤1 v/s	3 - 4 v/s
Pescado	≤1 v/s	≤1 v/s
Sangrecita, hígado o bofe	Esporádicamente	
Frecuencia de consumo de AOA	4 - 5 v/s	4 - 6 v/s

En sus hogares, congruente con lo referido, la mayoría de MC brindó a sus hijos alimentos de origen animal, quienes consumieron toda la porción ofrecida. El alimento brindado con mayor frecuencia durante las observaciones o visitas oportunistas fue el huevo de gallina, que brindó el mayor aporte de proteínas. Otros AOA brindados fueron la carne de pollo sancochado, hígado de pollo sancochado, pescado frito, cachipa²⁶, leche de vaca, carne de res sancochada y de paloma frita.

A diferencia de los primeros, en los hogares israelitas, la mitad de las madres brindó a sus hijos AOA, no obstante, algunos no terminaron la porción servida. Ello podría indicar una sobre valoración del consumo. Los AOA ofrecidos fueron el pescado frito, carne de res cocida, chalona de cordero sancochada, leche de vaca, huevo de gallina sancochado y cachipa. Cabe señalar que, lo referido al consumo de leche y huevo, es inconsistente con lo observado, ya que casi no se brindó estos alimentos.

En los niños católicos, las porciones brindadas en su mayoría fueron consideradas como aceptables²⁷ aportando aproximadamente entre 5 a 9 g de proteínas provenientes de los AOA consumidas durante todo el día, por otro lado, los israelitas consumieron entre 3 a 6 g, menor al consumido por los niños católicos; sólo unos cuantos niños israelitas consumieron de forma aceptable.

²⁶ En la zona centro andina, se llama cachipa al queso blando o quesillo.

²⁷ La cantidad de AOA consumida por lo niños fue clasificada como “deficiente” y “aceptable” según se indica en el instrumento de observación participante en la fase cuantitativa.

En ambos grupos religiosos, sólo algunas madres brindaron lácteos o derivados, como leche y cachipa. Respecto a ello, fue común observar que estas madres agregaron volúmenes muy pequeños de leche a las tazas que sirven a sus hijos, cuyo aporte nutricional fue poco.

El pescado se brinda a los niños 1 a menos veces por semana a la semana, ya que no se expende en el distrito, y lo compran de los comerciantes cuando traen para venta en sus comunidades.

Los factores que influenciaron la práctica de brindar AOA a los niños fueron la disposición de carne fresca de un animal pequeño o grande, almacenaje de carne seca, la venta de alimentos como pescado o carnes en las ferias comerciales, poder adquisitivo, composición familiar²⁸, calendario agrícola y creencias religiosas de orden restrictivo en el caso de los israelitas.

En los hogares católicos e israelitas, se observó el uso de carnes frescas y secas. La mitad de las familias tenía almacenado chalonga, su presencia fue más notoria en israelitas. Por otra parte, todas las familias cuentan con animales pequeños y grandes de crianza, los mismos que pueden ser fuente de alimento, no obstante, algunas atribuyen un valor de reserva económica a los animales grandes, por otro lado, los israelitas atribuyen un valor simbólico a los animales (res, cordero, gallina, pescado y huevo) por lo que deben restringirlos en su alimentación o colocarlos como ofrenda, por tal no se benefician económica, ni alimentariamente de ellos durante ciertos días o temporadas.

La conformación familiar, puede afectar la asistencia y apoyo al consumo de la porción cárnica servida al niño. En las familias con 2 o más niños, si bien se prioriza el consumo del niño menor, se comparte la asistencia, así también se reparte las cantidades de AOA con ellos. Esta situación de familias más numerosas y con 2 o 3 niños menores de 5 años en el hogar se observó en mayor proporción en las familias israelitas.

A todo esto, se puede afirmar que los niños católicos consumieron con mayor frecuencia y en más cantidad los AOA en comparación con sus pares de la religión israelita, a pesar de tener condiciones semejantes en sus hogares. Las creencias religiosas, la conformación familiar y sobrevaloración del AOA

²⁸ La composición familiar engloba aspectos como el número de personas que conforman la familia, número de personas adultas que realizan actividades productivas económicamente y número de niños.

consumido actuaron negativamente en que se brinde cantidades suficientes de AOA al niño israelita.

B.3.3. Consumo de alimentos no saludables

Los alimentos no saludables como gaseosas, snack, productos de panadería, galletas azucaradas, entre otros, son considerados por las MC como alimentos que no son nutritivos o como expresa una madre de la comunidad de Chili Cruz, “...no le alimenta” y que su consumo sólo “quitan el hambre un rato” o “sólo para llenar su barriga” momentáneamente. De forma semejante, las MI consideran que estos son dañinos y no son nutritivos para los niños, “...que no es alimento eso, eso hace daño” y sólo “...te quitan el hambre, sólo por momentos”.

Si bien ambos grupos consideran que estos alimentos no son beneficiosos e incluso pueden ser dañinos para sus hijos, se observó un mayor rechazo de las familias israelitas en relación a las católicas.

Sin embargo, los niños católicos los consumían de 1 a 4 veces cada 2 semanas y los israelitas de 1 a 2 veces cada 2 semanas. También algunas madres con niños menores a 18 meses refirieron dar a sus hijos galletas de vainilla y soda entre 1 a 3 veces por semana. Se observó en el hogar pocos niños que consumieron gaseosas, papas fritas (rodajas finas) y galletas rellenas.

En las comunidades, el proceso de globalización trae consigo la introducción de alimentos foráneos, incluyendo los no saludables. Todas las tiendas, que son aproximadamente 13 en el distrito de Carhuanca y 6 en las comunidades estudiadas, disponen de una variedad de estos alimentos. También, las ferias comerciales que llegan a las comunidades los traen a bajo costo. Hay disponibilidad, no obstante, en muchas familias su consumo depende de su situación económica.

B.3.4. Consumo de mezclas balanceadas y grupos de alimentos.

Ninguna de las madres católicas e israelitas brindó preparaciones balanceadas durante los principales tiempos de alimentación. Los alimentos energéticos estuvieron presentes en todas ellas, acompañadas en más de la mitad de los casos por algún alimento constructor como carne o chalonga, que fue brindado

principalmente por las israelitas, aunque, entre comidas muchas MC brindaron huevo, asegurando una mayor ingesta de proteína al consumo diario. Por otra parte, las cantidades de alimentos reguladores como verduras u hortalizas fueron tan pequeñas que son irrelevantes nutricionalmente, aunque, más de la mitad de las madres católicas e israelitas brindaron frutas en otros tiempos de comida. Las frutas consumidas en común fueron plátano, manzana y palta, los niños católicos consumieron adicionalmente la tuna y calabaza, mientras que los niños israelitas consumieron naranja, tumbo y aguaymanto, observándose que las últimas brindaron mayores cantidades de fruta en comparación con las primeras.

B.3.5. Consumo de papilla del Programa Integral de Nutrición (PIN)

Las madres de ambas religiones consideran que estos alimentos son buenos para iniciar la AC, así mismo consideran que es nutritivo y puede ayudar en desarrollo de la inteligencia de su hijo. Las brindaron con una frecuencia de 3 a 5 veces, algunas mencionaron que lo preparan *“dos veces al día... en la tarde y temprano”*.

“Le di primero papilla lo que me dieron en la posta, no le daba otra cosa porque le afloja su estómago” (T, Israelita, EP).

Durante la observación, sólo la mitad de madres católicas y algunas israelitas la prepararon, ofreciéndola a sus hijos, sin embargo, los volúmenes brindados fueron menores a los recomendados por el personal de salud (10 cucharadas). Pocas madres brindaron una cantidad considerable, a pesar que la mayoría percibe que lo brinda en una cantidad adecuada para su hijo.

Las preparaciones fueron espesas, habiéndose preparado comúnmente 1 medida de cereal en polvo y 2 medidas agua, aunque algunas madres lo prepararon menos consistente porque a sus hijos no les agrada *“muy espesos”*.

Las familias con otro niño menor de 5 años, frecuentemente compartieron la preparación de la papilla, reduciendo la porción brindada para el niño objetivo.

Algunas MC, cuando salen de casa, por ejemplo, cuando van a pastear, llevan consigo estas papillas preparadas que se brindaron durante el camino. Por otro lado, pocas MI refirieron prepararlas durante esas salidas

A pesar de que las madres son beneficiarias del PIN, y reciben las *papillas especiales*, muchas las brindan de vez en cuando porque valoran nutricionalmente más la alimentación natural y prefieren brindarles sus preparaciones.

“...en la posta siempre te hablan que debes dar tu “papilla” no más, pero no creo que sea suficiente también es necesario que coma natural de lo que tenemos en la casa [...] como huevitos, papitas, así...” (E, Católico, EP).

B.3.6. Suplementación con Multimicronutrientes (MMN)

La mayoría de madres de ambas religiones consideran que los MMN, conocidos como “*chispitas*” o “*estrellitas*”, favorecen la ganancia de peso, el crecimiento y el desarrollo intelectual en los niños. Algunas MC afirman que previene la desnutrición por contener hierro, además de darle fuerza a su hijo, por otro lado, una madre israelita refirió que este debe ser nutritivo porque es de alto costo, no debiéndose desperdiciar. En general, no reconocen o relacionan los MMN con la prevención y tratamiento de la anemia, aunque de forma indirecta la vinculan con la desnutrición.

“... [Es bueno] para que aumente su peso, para que esté bien y no estea en desnutrición, y contiene hierro y eso le está dando más fuerza a la bebé...” (H, Católica, EP)

“La chispita esta hecho de puro vitamina, será necesario para que crezca sanamente, para que esté sano físicamente, mentalmente, para que rinda en sus estudios...” (Esposo de C, Israelita, EC)

Contrario a lo mencionado, algunos padres de familia de la religión israelita, mostraron actitudes de rechazo e incredulidad de los beneficios de MMN, afirmando que no son necesarios para sus hijos, pues es preferible una alimentación natural. Los MMN son considerados como “*químicos*” y pueden hacer daño e inclusive opuesto a sus beneficios creen que podría afectar negativamente al desarrollo cognitivo del niño.

“...no son necesarios porque ellos están protegidos porque sus padres creen y hacen lo que manda Dios, tienen sus alimentos hechos por ellos y

son mejores [...] los MMN hacen daño porque atontan a los niños, eso para que la gente no se dé cuenta de las cosas, eso traen de otros países y experimentan aquí...” (Esposo de J, Israelita, BC)

La mayoría de madres afirmó haber recibido 30 sobres de MMN para consumo diario durante un mes según el esquema utilizado durante ese tiempo. La mayoría refirió no terminar esa cantidad de sobres. Las MC lo dan a sus hijos casi a diario (4 - 6 veces/semana), mientras las MI, interdiario (3 - 5 veces/semana).

Durante el estudio hubo una coyuntura en el cambio de los esquemas de suplementación de los MMN, el anterior fue un sobre interdiario, por lo que pudo haber confusión en la frecuencia en debía darse, posiblemente por un mal entendimiento de la cantidad otorgada en el nuevo esquema o por una inadecuada consejería del personal de salud. Unas madres de ambas religiones refirieron brindar 2 a 3 sobres por día de MMN, con una frecuencia de forma diario o interdiario. Contrario a lo mencionado, durante las visitas a los hogares, sólo algunas MC y ninguna de las MI brindó el MMN a su hijo, cuando el esquema de suplementación era diario.

“Primero le dábamos diario, por ejemplo, tres veces al día les das nos han dicho [en el CCSS]... no termina, a veces llega [a dejar] hasta 9 bolsitas nada más... antes de la posta interdiario nos ha dicho, así nos ha explicado [...] pa un mes nos dan quince sobrecitos ...” (H, Católica, EP).

“...diario tiene que comer su chispitas, en la mañana y en la tarde... 30 para un mes... le di diario, antes era dejando un día, ahora tiene que dar seguido” (F, Israelita, EP).

Algunas madres refirieron no brindar los MMN, justificando que sus hijos no lo comieron porque sintieron el sabor, no les gustó y lo rechazaron, o porque causaron malestares gastrointestinales como náuseas, vómitos y diarreas. Algunas refirieron que estos síntomas aparecen durante los primeros días hasta un mes iniciado la suplementación. Uno de los temores es que, al existir rechazo a la comida, el niño se perjudique en su ganancia de peso o talla, generando una sensación de daño vinculada al suplemento, que fue más enfatizada en los padres y madres israelitas. Cabe indicarse, que el personal de salud no informó a las madres sobre estos posibles efectos adversos, que clínicamente son documentados.

“...su saborcito tiene de otra forma, eso lo siente y ya no quiere comer...De la posta nos exigía tienes que darles, tienes que darles, ellos no se trataban de comer, les agarra con vómito y así no querían comer” (H, Católica, EP).

“... [En los últimos meses] si comía, cuando no ve que le echo, porque si ve lo rechaza... Diarreas y vómitos se presentaban [...] no todos los meses sólo fue así los primeros meses era así” (E, Israelita, EP).

Las MC brindaron en mayor frecuencia y cantidad los MMN que las israelitas, pero con inadecuado uso y alteración del esquema de suplementación actual. Aparentemente existe sobrevaloración del uso y consumo del suplemento en los niños. En muchos casos, el encubrimiento de no brindar los MMN podría deberse a la vergüenza por no cumplir con las recomendaciones del personal de salud, o miedo a no recibir los “bonos” o transferencias monetarias otorgadas por el Programa JUNTOS. Estas actitudes fueron más observadas en las MI. Por otra parte, debe señalarse un deficiente flujo de información con respecto al uso y efectos adversos de los MMN por parte del personal de salud.

C. Buena alimentación o “comer bien” en los niños

La concepción de “comer bien” por las familias sin distinción de religión, se relacionan con el consumo de alimentos de origen animal (huevo, leche, pescado, queso, entre otros), principalmente carnes (res, pollo, chanco o cuy), seguido de las leguminosas y tubérculos. El comer bien, aporta “más vitaminas, hierro y calcio”, brindan energía o “dan fuerza” y favorecen a un buen crecimiento y desarrollo de la inteligencia en la etapa escolar, así también, previenen enfermedades.

Existen conceptos sobre grupos de alimentos. Los tubérculos, leguminosas y cereales dan “más fuerza”, relacionado a la vigorosidad y a una mayor actividad física de los niños y adultos; algunos indirectamente los relacionan al crecimiento, principalmente a las leguminosas. Las carnes y otros AOA son considerados como muy nutritivos y son relacionados al crecimiento, desarrollo y formación física e intelectual en los niños; en trasfondo les atribuyen un estatus económico a la familia y estatus social en salud con respecto a los niños.

“Yo tengo que darlo su huevo, leche y su sangrecito, hígado, esas cosas; para dar fuerza tengo que dar por ejemplo papa, ollucos haciendo picantes,

y después tengo que darles menestras, frejol, todo lo que tengamos acá... Frejol, papa, arveja, carne para que los niños crezcan y estén bien en el estudio” (H, Católica, EP).

“Para que se alimente para que sea fuerte, sano, para que no se enferme también pe, cuando un niño no se alimenta no capta bien en sus estudios. Siempre se enferman en cambio mis niños no...” (C, Israelita, EP).

A diferencia de los católicos que piensa que la *sangre* es muy nutritiva y que pertenece a la buena alimentación del niño, los israelitas consideran que no aporta nutrientes, además de ser un alimento “*dañino para el alma*” ya que la Biblia prohíbe su consumo.

Por otro lado, independientemente del origen del alimento (vegetal o animal) se valora la calidad a través de la clasificación dicotómica de “*natural*” o “*químico*”. Los alimentos *naturales* son aquellos cuya producción es en sus chacras o huertos, y que no se le ha agregado algún producto *contaminante*, por lo que son considerados como saludables y necesarios para el crecimiento y desarrollo de niño. Los *químicos* son en los que se usó *insecticidas* u *herbicidas* en la agricultura, o se usó *hormonas* en animales. También se incluye en ellos a los alimentos industrializados (snack, caramelos, entre otros), que madres católicas e israelitas prefieren evitar que sus hijos los consuman porque son inadecuados, no nutren y solo sirven para “*llenar la barriga*” o “*quitar el hambre*”. Si bien ambos grupos religiosos rechazan los alimentos *con químicos*, las familias israelitas lo manifiestan con mayor intensidad y convicción.

D. Restricción o prohibición alimentaria

Para las MC no hay alimentos prohibidos por su religión, aunque consideran que algunos alimentos deben evitarse especialmente en los niños menores de 12 meses porque pueden “*caer pesado*” y causar malestares gastrointestinales como diarreas, indigestión o cólicos, como los frijoles, lentejitas, trigo y mote (maíz seco sancochado). También debe evitarse aquellos que pueden causar atragantamiento en el niño como son la cancha tostada (maíz tostado), las habas tostadas y el mote sancochado, por otro lado, algunas madres refirieron que no debe darse alimentos que son desagradables para sus hijos ya que no pueden forzarlos a que los consuman.

Las MI, también evitan brindar los denominados alimentos o “*comidas pesadas*” a sus hijos. Estos temores se basan en alguna experiencia negativa con sus hijos anteriores o recomendaciones de las personas del entorno familiar o comunitario. Existen restricciones y prohibiciones alimentarias indicadas por su religión que serán descritas con detalle más adelante.

“Pueden ser de alimentos que no deben darse a su edad ¿no? Porque cada uno va a sus temporadas pes, porque algunas son comidas pesadas, eso le hace daño [...] no pueden comer menestras porque sus estomaguitos no están preparados para esos alimentos pes, simplemente para purecitos, papillas, esas cositas no más... el católico come todo” (E, Católica, EG).

En niños mayores a 18 meses, las madres refieren que sus hijos pueden “...*comer de todo*” y “*ningún alimento hace daño...*”, salvo excepciones individuales.

D.1 Praxis religiosa: Prohibiciones alimentarias en la AEMINPU

La principal causa de restricción alimentaria es la prohibición fundamentalista de ciertos alimentos según la doctrina religiosa Israelita, que afecta y alcanza parcialmente a los niños menores de 36 meses. Algunos conceptos y justificaciones de estas prohibiciones son influidos también por las experiencias y comprensión bíblica de los líderes religiosos.

Los israelitas, desde su perspectiva ideológica, atribuyen a los alimentos un valor simbólico y representativo de la pecaminosidad, santidad y agrado a Dios. Los pastores israelitas fundamentándose en la *Ley de Moises* (Ley Mosaica), clasifican a algunos alimentos como “*santificados*” o “*inmundos*”.

Los “*santificados*” o limpios se comen por ser de agrado de Dios, como la carne y derivados de la cabra, oveja y becerro; mientras que los “*inmundos*”²⁹ se prohíben o restringen por orden religioso, moral y ético, simbólicamente representa la obediencia a la ley, por tal su consumo sería considerado inherentemente pecaminoso y ofensivo; la sangre³⁰, algunas carnes (res, cerdo, pescado y gallina), uva, huevo o sus derivados son reconocidos como inmundos.

²⁹ **La Biblia:** “... No comerán animales, ni peces ni aves inmundos... Nada abominable comerás. Estos son los animales que podréis comer: el buey, la oveja, y la cabra...” (Deuteronomio 14: 1-4)

³⁰ **AEMINPU.** Publicación israelita: “Por tanto, he dicho a los hijos de Israel: No comeréis la sangre de ninguna carne por la vida de toda carne es su sangre” (*Interpretación de Levítico 17:14*)

“... ¿Cuáles son los animales santificados? la cabra, la oveja, el becerro, pero el animal inmundo es la gallina, el chancho, son todos animales inmundos y se prohíbe que no se debe comer, pero la sangre definitiva [no se come], pero la gallina los sábados no más. Comenzamos de domingo a viernes normal, el chancho del domingo a viernes normal solamente sábado... (LR, Israelita, EP).

Las prohibiciones de los alimentos *inmundos* según su temporalidad pueden ser:

- **Prohibiciones permanentes:** Son la sangre y las uvas o derivados de ellos³¹. Entre las razones atribuidas para no comer sangre encontramos que representa a “*la sangre de Jesucristo*”, aunque para otras es el “*alma del animal*”. Adicionalmente, un pastor y algunas madres negaron y cuestionaron el valor nutricional de la sangre.

“Sangre no comemos señorita, higadito consumen... mi religión nos lo permite porque el señor Jesucristo nos ha dado vida y sangre, ¡no podemos comer porque lo dice la santa Biblia” (V, Israelita, EP).

La uva es también un alimento prohibido, extendiéndose su restricción a sus derivados como pasas y vino, e incluso a aquellos alimentos que pudieran contenerlo como alguno de sus ingredientes (panetón, etc).

Ambas prohibiciones además de ser permanentes, afectan a todos sus integrantes sin discriminación de edades.

“¡La sangrecita no es alimento! ¡la sangre es definitivo, no se come! ... en otros días se come, aunque sea animal inmundo, santificado de domingo a viernes... [pero] sangre y el panetón (pasas) no se come definitivo en [personas de] 2 años, 3 años, 10 años, ¡es definitivo!” (LR, Israelita, EP)

Excepcionalmente, una israelita refiere que no existen prohibiciones de alimentos, por lo que su familia come sin ninguna restricción, por otro lado, una de las informantes refirió que, si bien la uva está prohibida permanentemente, podría comerla esporádicamente y en pequeñas cantidades.

³¹ Otra restricción es el consumo de bebidas alcohólicas, que indirectamente puede afectar a los niños, ya que es un factor interviniendo en la dinámica familiar del cuidado infantil.

- **Prohibiciones temporales:**

Durante ciertos días se restringe alimentos como la carne de chanco, pescado, res, gallina y huevo. Estas restricciones se realizan durante las denominadas **leyes ceremoniales de Dios**, las cuales son:

- **Sábado Santo o de reposo**³²: Los israelitas según Éxodo 31:12-17, el séptimo día, Dios descansó de su creación divina, por ende, para ellos es un día bendecido y santificado, por tal debe ser consagrado³³ a su Dios Jehová. Trabajar u obrar durante ese día es considerado como pecado y por ende serán castigados³⁴. El sábado santo inicia desde la tarde del viernes (6.00 pm) hasta la tarde del día siguiente (6.00 pm), es decir de atardecer a atardecer. Los creyentes deben restringir los alimentos mencionados; los demás días de la semana, de domingo a viernes, pueden comer los alimentos inmundos a excepción de la sangre y la uva.

*“...el chanco, gallina y pollo no se come, huevo tampoco, eso no más...
[Otros días] comen normal, cuy, pollo, ¡sangre no comen! pero sólo en esos
días de luna nueva y sábados, pero los demás días s” (AGS, Israelita, EP).*

Entre las prácticas restrictivas se menciona el ayuno, realizado principalmente el primer sábado de cada mes como medio de arrepentimiento al pecado y santificación de sus almas. Se realiza por hombres y mujeres adultas, así también, por sus hijos adolescentes y niños con mayor edad, no obstante, no se realiza por niños menores 8 años, por asumir que aún no son conscientes plenamente de las enseñanzas y normas de la doctrina religiosa.

*“Será para vosotros día de descanso total y ayunareis; guardaréis
descanso el día nueve de cada mes, de tarde a tarde” (Interpretación bíblica
de Levítico 23:32, Publicación Israelita)*

³² **AEMINPU. Ley Real, Cuarto mandamiento de la ley de Dios:** Acordarte has del día del reposo, para santificarlo: seis días trabajarás, y harás toda tu obra; mas el séptimo día será reposo para Jehová tu Dios: no hagas en él obra alguna [...] porque en seis días hizo Jehová los cielos y la tierra, la mar y todas las cosas que en ellos hay, y reposó en el séptimo día: por tanto Jehová bendijo el día del reposo y lo santificó. Guardarán, pues, el sábado los hijos de Israel: celebrándolo por sus edades por pacto perpetuo (Publicación Israelita)

³³ **AEMINPU. Publicación Israelita:** Y les di también mis sábados para que fuesen por señal entre mí y ellos, para que supiese que yo soy Jehová, que los santifico y sean por señal entre mí y vosotros, para que sepáis que yo soy Jehová, vuestro Dios (Interpretación bíblica de Ezequiel. 20:12,20)














³⁴ **AEMINPU. Publicación Israelita:** “...cualquiera que hiciere obra el día sábado, morirá ciertamente...Más si no me oyereis para santificar el día del sábado, yo hare encender fuego en sus puertas y no se apagará” (Interpretación bíblica de Ex 31:15, Lc13:14, Jr 17:27 y 23:20)

- **Luna nueva:** Semejante al *Día de reposo*, según la Biblia en Ezequiel 46:1, la luna nueva representa una señal (de dos astros) para el arrepentimiento y solemnidad a Dios. Además de la restricción de los alimentos inmundos, algunos mencionaron que en esos días puede realizarse el *Holocausto* (Holo: olor – Causto: suave), que consiste en ofrendar un animal vivo (carnero o becerro), no obstante, se prohíbe comer su carne.
- **Fiestas o Solemnidades:** Según Deuteronomio 16:16 y Levítico 23, celebran tres fiestas o solemnidades³⁵ durante el año: Fiesta de Pascuas o Ázimo, Fiesta de las Semanas o Pentecostés y Fiesta de las Cabañas o Tabernáculos; cada una dura aproximada una semana. Encontramos también el Día de la Expiación, en el que anualmente se pide perdón por los pecados del pueblo (Levítico 23: 26:32).

Además de las prohibiciones ya mencionadas, durante las Fiesta de semanas se indicó que no puede comerse pan con levadura; en todas las solemnidades se recomienda comer carne de cordero. Por otro lado, el pastor refirió que muchos ayunan durante ciertos días de ellas.

³⁵ Según Ortiz C ⁽³⁸⁾ en su Libro de Predica: Estudios bíblicos del Maestro Ezequiel Ataucusi Gamonal (2014) describe a las solemnidades como: **Fiesta de Pascuas o Ázimo**³⁵(Ex 23:15): 1º fiesta, se celebra la salida de Egipto de Moisés y del pueblo de Israel. Se realiza durante el mes de abril del 14 al 21, y solo se celebra el primer y último día, es decir de sábado a sábado. De acuerdo al calendario religioso de los israelitas, abril es el primer mes del año. Al margen de las prohibiciones, se señala que debe comerse carne de cordero (Jr 7.21). **Fiesta de las Semanas o Pentecostés:** 2º fiesta, tiene como finalidad el agradecer a Jehová el fruto brindado por la tierra. Su celebración empieza 50 días o 7 semanas después de celebradas las Pascuas, es decir el primer sábado del tercer mes (Junio). Se restringen los alimentos conocidos como inmundos, debe evitarse el pan con levadura. **Fiesta de las cabañas o Tabernáculos (Dt 16:13, Ex 23:16):** 3º y última fiesta tiene como finalidad agradecer a Dios la cosecha recogida al fin de año. Su celebración se realiza a los 15 días del séptimo mes (octubre). Previo a esta fiesta, se celebra el denominado de la **Día de la expiación o reconciliación** (Lev 23:28-32; Ez 33:11-16), el cual es una ceremonia anual para la reconciliación o reafirmación del nuevo pacto con Dios y merecer la purificación de sus pecados. La reconciliación se lleva a cabo el 10 del mismo mes. Debe ayunarse.

Figura N° 5 : Temporalidad del consumo de alimentos según simbolismos religiosos atribuidos

TEMPORALIDAD						
SIMBOLISMOS RELIGIOSOS DE LOS ALIMENTOS	Diario	Luna nueva	Sábado santo o de reposo	Fiestas o Solemnidades		
				Fiestas de pascuas	Fiesta de Semanas	Fiesta de Cabañas
	<div>Inmundos</div> <div>Son prohibidos.</div> <div>Simbólicamente, evitar su consumo representa la obediencia a la ley, el consumirlos es considerado pecaminoso y ofensivo.</div>	<div> Sangre y derivados como el relleno</div> <div><i>"...sangre no comemos porque mi religión no lo permite... Jesucristo nos ha dado vida y sangre no podemos comer porque lo dice la santa Biblia" (V, Israelita, EG)</i></div> <div><div>Uvas y derivados como las pasas</div></div> <div><i>"...está prohibido también, las uvas, no debe comer; ¡ah! Tampoco vino, pasas, porque son de las uvas..." (" M, Israelita, EG)</i></div>	<div>Carnes, vísceras y sus derivados de...</div> <div> Cerdo</div> <div> Gallina</div> <div> Res</div> <div></div>	<div> Pan con levadura</div> <div> Huevos</div> <div> Pescado</div> <div><i>"En luna nueva y días sábado no se come pescado, ni chanco, ¡ah! ...y en fiestas, porque ellos tienen tres veces, claro tres veces al año tienen una semana [de fiesta]..." (AGS, Israelita, EP)</i></div>	<div>Prohibiciones (permanentes)</div> <div>Restricciones (temporales)</div>	
<div>Santificados</div> <div>Se consumen por ser de agrado de Dios.</div>	<div>Carnes, vísceras y sus derivados de...</div> <div> Becerro (buey)</div> <div> Oveja</div> <div> Cabra</div> <div></div> <div><i>"...la carne de camero, del becerro es normal... son animales santificados, sagrados para Dios, ¡es de agrado a Dios!" (LR, Israelita, EP).</i></div> <div><i>"...Nada abominable comerás. Estos son los animales que podréis comer: el buey, la oveja, y la cabra..." (Deuteronomio 14: 1-4)</i></div>					

E. Interacción cuidador – niño y los estilos de dar de comer al niño

El principal cuidador durante la alimentación fue la madre, viéndose en algunas familias católicas el apoyo del padre, abuelas o hermanos mayores del niño, mientras que, en las israelitas, el padre fue quien más colaboró al menos en una de las tomas principales.

Se alimentó al niño en diferentes lugares, que dependió de las actividades del quehacer diario de la madre, como vivienda o campo. La mitad de las MC prefirió brindar las comidas principales en la vivienda, principalmente al menor de 12 meses, cuya mayoría comieron sentado en cama o en las piernas de la cuidadora, pocos lo hicieron sentados en el piso. Diferente a este primer grupo etario, los mayores a 12 meses comieron según el lugar, en la vivienda, principalmente en la mesa, y en el campo, sobre una manta en el suelo. Por otro lado, en su vivienda, la mayoría de las MI alimentó a sus hijos sentados en un banquito de madera o adobe para que coman en la mesa, o sentado en sus piernas, mientras que el resto de niños, comió parado; la mitad de ellos interrumpió su alimentación, parándose, desplazándose o jugando en el ambiente, lo que generó un aplazamiento del tiempo en la toma alimentaria y que en muchas veces no se consumió la porción servida.

Durante el momento de la alimentación, muchas madres no tuvieron un manejo escaso o se realiza con poca eficiencia.

Según el estilo de dar de comer, muchas MC son **controladoras**, y algunas tuvieron un estilo **responsivo**, aunque con ciertos rasgos indulgentes, y pocas, sólo indulgente; por otro lado, muchas MI fueron **indulgentes**, algunas tuvieron una estructura **no involucrada** y unas pocas, responsivas con rasgos indulgentes

Algo resaltante, fue que madres cuyo estilo de alimentación fue indulgente o no *involucrado*, tuvieron mayor presencia de desnutrición o riesgo de ella en sus hijos, así mismo, fue más frecuente en aquellos de madre israelitas.

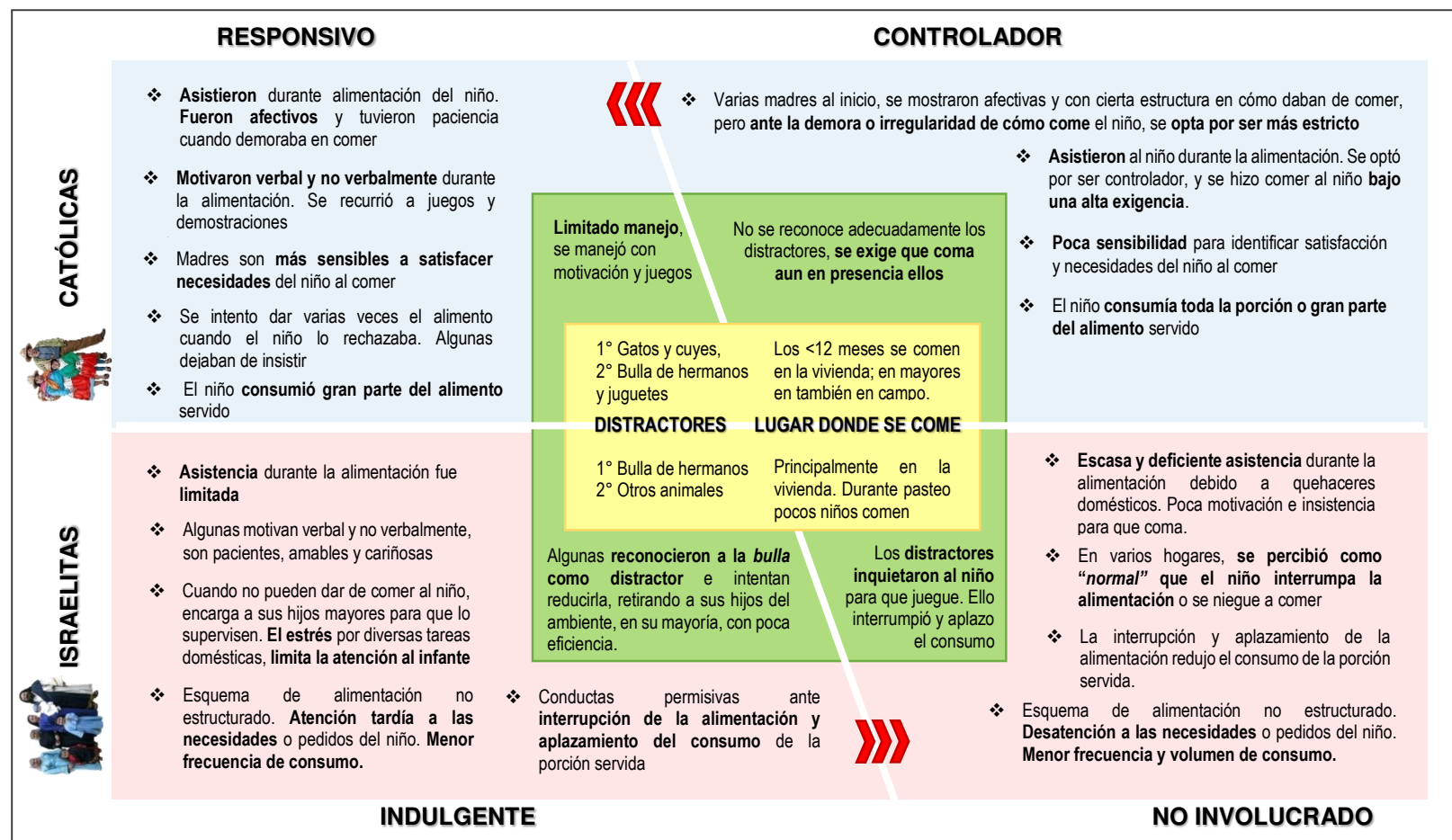


Figura N° 6: Estilos de dar de comer a los niños según religión materna.

F. Influencia del calendario agrícola en la alimentación

El calendario agrícola (cosecha y siembra) puede afectar a la situación nutricional de los niños y las familias de las comunidades. Madres de ambas religiones refieren que existen ciertas diferencias en variedad y disponibilidad de algunos alimentos. El sistema de producción agropecuario es principalmente para autoconsumo, poco para venta o trueque.

La cosecha es época de mayor variedad y abundancia de alimento, abundan leguminosas frescas (arvejas, habas y frejol) y cereales.

“...en la cosecha tenemos haba verde para poder hacer su comida, arveja verde también tiene de la chacra de los que sembramos, entonces frejolitos, así verdecitos pelamos sus cascaritas y preparamos su segundito, entonces todo estito le damos en cosecha...” (H, Católica, EP)

Todas las familias, en consideración a las diferencias de disponibilidad alimentaria durante el año agrícola, optan por procesar sus alimentos para preservar su consumo a lo largo del año; por ejemplo, secan las leguminosas para consumirlas como menestras, o secan y posteriormente muelen los cereales (trigo, cebada, maíz) y en conjunto con las leguminosas hacen una variedad de harinas: *mashka*, harina de habas, chochoca, *siete semillas*³⁶, entre otros, que son consumidos en bebidas o en sopas.

“...guardo aquí arriba, en el marca³⁷... Maíz, trigo, habas, fréjoles, cebada, avena... Seco, seco todo en saco le guardo y ahora mi esposo ha traído arroba de lenteja y una arroba de pallares, ¡ah no! pallares 2 arrobas y arveja partida 1 arroba...” (R, Católica, EP)

Con respecto a los AOA, hay limitaciones en la disponibilidad de la leche, ya que, si bien algunos refieren que en cosecha hay más pasto, para una mejor producción de leche y ganancia de peso del animal, otros refieren que, aun habiéndolo, no es suficiente para alimentar al ganado obligándolos a invertir más tiempo para el pasteo.

³⁶ “Siete semillas” es una mezcla de 7 harinas, entre cereales y leguminosas. En Carhuanca, para elaborarla generalmente se utilizaban 4 harinas conformados por trigo, maíz, habas y arveja, a veces también cebada.

³⁷ Se conoce como *marqas* a los ambientes que se ubican en la segunda planta de la casa, cerca al techo. Estos ambientes son utilizados para secar y/o almacenar alimentos.

“...en esta cosecha, los que tienen animales, también tienen leche porque hay pasto, también en agosto y después también disminuye el pasto entonces ya no tiene su leche de sus animales, entonces acá siempre compramos [leche y carnes]...” (H, Católica, EP)

Por el contrario, la siembra la relacionaron con una época de escasez, y con mayor necesidad de compra de alimentos. Hay más cereales y leguminosas secas; otros alimentos como leche, queso o algunas carnes las compran en tiendas o ferias, así también sacrifican animales pequeños para consumo. En esta etapa de escasez de alimento, solo pocas familias optan por el intercambio (trueque) de alimentos.

“[en siembra, la] leche de vaca no hay, sólo de la tienda comprar nada más...- expresó resignada- ...queso comprando, traen para comprar... leche de cabra sí tenemos, sólo de queso que nos falta [...] carnes falta también ... [Cereales y leguminosas] secos tenemos ahí...” (J, Israelita, EP)

Algunos mencionaron que en cosecha “*hay más carne fresca*”, así mismo, reconocieron la reducción de su consumo durante la siembra. Ante esto si bien la mayoría tiene almacenada chalonga en sus hogares, esta reserva se agota en pocos meses. La mitad de ellos refirió utilizar carne de sus animales para deshidratarlo a través del seco-salado y convertirlo en chalonga, sin embargo, cuando no tienen insumo animal, algunas familias católicas compran carne para secarla y mantener su almacén. Aun no hubiera carne fresca o seca pueden brindar huevo a sus hijos ya que la mayoría tiene gallinas; ello es bastante observado en las familias católicas, ya que es su principal fuente proteica en los niños.

Por lo observado en las familias, aunque el trueque se practica muy poco, y la venta o compra es generalmente entre integrantes de la comunidad, al parecer la última se vincula más a familias católicas, en especial transacciones de origen animal como carnes y lácteos. Por otro lado, las redes familiares, también son abastecedores de alimentos en especial para los niños como lo comenta una madre católica: “*mi mamá tiene su ganadito también y cuando los mata, me da [carnes o vísceras], traigo y le doy de comer a mis pequeños*”

“... guardo carnes [secas] esas cosas, ahorita se me acabó la canastita... guardamos para que coma cuando lo ponemos en la comida... hacemos secar, por ejemplo, matamos un carnero entero nos dura solamente un mes.... Según que haya platita compramos [carne, leche], cuando no hay platita tenemos que hacer sopita con su huevito...” (H, Católica, EP)

Resulta claro pensar que, en ambas etapas, las actividades pueden afectar el desempeño de los padres en el cuidado, por ende, en la preparación y asistencia de la alimentación a sus hijos. Se observó que afecta en diferentes niveles a las familias, independientemente de la religión, se coincide que durante la cosecha se requiere mayor participación de las mujeres que en la siembra, lo que podría reducir el tiempo brindado y calidad del cuidado.

“Es que a veces en cosecha estamos haciendo rápido y le damos rápido su comida y de alguno forma descuidamos un poco... En cosecha más que nada... en siembra casi mucho no porque yo no salgo en siembra, mi esposo no llega, casi siempre paro en casa...” (R, Católica, EP)

F. influencia del género en la nutrición y alimentación infantil.

Existe una diferencia en la presencia de DC según género en ambas religiones, no obstante, las madres rechazan efusivamente diferencias entre la alimentación de niños y niñas en sus familias, incluso algunas católicas mostraron su indignación ante la posibilidad de esos casos en la comunidad.

Si bien durante la alimentación de los niños y niñas no hubo diferencias relevantes entre ellos, se observó durante el quehacer diario que varios niños tuvieron más “independencia” en comparación a las niñas, facilitando su autonomía y desplazamiento a otros ambientes de la vivienda o jugar con otros niños de mayor edad, así mismo, coincidentemente, aquellas madres que salieron a pastear, muchas fueron con niños, que caminaron una distancia considerable para su edad, en comparación a las niñas, cuyas madres prefirieron dejarlas en casa, o cuando las llevaron lo hicieron cargándolas un tramo considerable. También se observó que algunos padres tuvieron como principal compañía de trabajo agrícola o doméstico a sus hijos mayores a 2 años.

A pesar ciertas diferencias en el nivel de actividad según género, no se profundizó lo suficiente para explicar con claridad su relación con la religión y desnutrición.

4.2.4. CUIDADO INFANTIL

A. Atención

En los hogares católicos e israelitas, el cuidador principal fue la madre. En los hogares católicos, las redes familiares brindaron un mayor apoyo al cuidado infantil, es así que al menos en la mitad de ellos, las abuelas y tías participaron como cuidadoras o colaboradoras brindando mayor seguridad al cuidado del niño. Los hermanos mayores, padres y abuelos participaron en menor proporción. En unas familias el abuelo adoptó una *imagen paterna*, ya que brindó atención al niño y fue el soporte productivo-económico del hogar en ausencia del padre³⁸. Diferente a los católicos, más de la mitad de los padres israelitas tuvieron un rol más activo en el cuidado de sus hijos, así también, los hijos mayores apoyaron por periodos mayores a 1 o 2 horas diarias cuando sus madres realizaban actividades domésticas.

En su mayoría, la participación del padre dependió de su estancia en el hogar, nivel de agotamiento por el trabajo y su actitud proactiva.

Los niños de madres católicas e israelitas expresaron señales de molestia o necesidad durante procesos fisiológicos como “*cuando tiene hambre, cuando no le doy pecho...*”, defecación o micción, daño físico como “*...cuando se caen...*” y “*...se golpean*”, o perjuicio emocional – afectivo, en el que requieren apoyo como “*...cuando escribe y no le sale bien*” o cubrir una necesidad de atención afectiva.

Respecto a cómo fue la atención al niño, la mitad de las madres católicas y algunas israelitas reaccionaron a una señal de molestia o necesidad de sus hijos de forma preocupada e incluso angustiada, ambas brindaron apoyo y atención con cariño mediante masajes y verbalizaciones apacibles a través de frases cariñosas como “*ya mamita*”, “*ya tranquila*” o “*tranquila bebe*” para apaciguarlos.

La señal común de molestia fue el llanto, que se manejó cargando y acariciando al niño principalmente si era menor a 18 meses, o distrayéndolo con juguetes, hablándole o acariciándole cuando era mayor a 12 meses.

“La madre cocinaba y limpiaba la cocina, mientras que la abuela la apoyaba en el cuidado de su niño de 7 meses. El bebé lloró y la madre rápidamente

³⁸ En el estudio, la principal causa de ausencia paterna durante la crianza del niño fue la migración temporal por trabajo, aunque en algunas familias se debió al fallecimiento, enfermedad o separación conyugal.

dejó sus labores acercándose para intentar calmarlo, cargándolo y diciéndole palabras cariñosas...” (E, Católica, ONP)

“...la niña de 7 meses estaba en un corralito [...] mientras su madre hacía sus actividades, ella estuvo al tanto de ella, atendiéndola ante alguna señal de molestia... la bebé lloró, su madre la atendió de forma cariñosa, muy atenta, cargándola, diciéndole frases [apacibles]...” (F, Israelita, ONP)

Casi la mitad de las madres católicas y la mitad de israelitas reaccionaron a las señales de alegría del niño correspondiendo con sonrisas u expresiones gestuales que fomentaron ese buen estado de ánimo de sus hijos. Estas conductas fueron un poco más duraderas e intensas en las MI.

Algunas madres católicas e israelitas a pesar de atender molestias fisiológicas, físicas o emocionales de sus hijos, reconocen la falta de tiempo como una limitante para mejorar el cuidado. Cuando el niño es menor a 12 meses, existe mayor preocupación o temor a que las señales de molestia por llanto u otras manifestaciones como cólicos, malestares o “*calentura*³⁹” sean síntomas de enfermedad.

“... Ay mi bebe, a veces no tengo tiempo, estoy haciendo, entonces no tengo tiempo. De vez en cuando le hago llorar, pero no tanto, siempre a veces cargo con la manta así... ¡Ay triste, me duele hasta mi corazón! – expresó apenada - ... a veces le doy teta... acariciando un ratito y de vuelta hacer cositas... [Siento] pena, preocupación, puede dolerle su barriguita o pueda estar mal también...” (F, Israelita, EP)

A los niños mayores a 18 meses, sus MC les brindaron mayor libertad en su autocuidado, pero en su mayoría fue principalmente bajo su supervisión o compartida con las abuelas, tías o hermanos mayores. Las israelitas brindaron mayor libertad en su autocuidado y antes que los católicos, entre los 14 a 15 meses de edad del niño, además compartían el cuidado principalmente con sus hijos mayores cuyas edades fluctuaban entre 5 a 10 años, en muchas oportunidades cuando el niño expresó señales de molestia como el llanto, fueron ellos quienes atendieron sus necesidades físicas, ayudándolos a reincorporarse cuando se caían, recreativas cuando desean jugar o distrayéndolos de alguna otra forma.

³⁹ Sensación de incremento de temperatura percibida por palpación sobre la piel. Para muchas es equivalente a fiebre.

Por otro lado, varias MC y más de la mitad de las MI reaccionaron ante una señal de molestia o necesidad de atención de forma *incómoda* o *fastidiada*, actitud desarrollada con más frecuencia durante el desarrollo de las actividades domésticas, así también, cuando se está atendiendo a otros miembros de la familia.

Ante estas circunstancias, algunas israelitas, además, mostraron *impaciencia* y *poca tolerancia*, conductas atribuidas al *estrés* por una mayor carga de trabajo doméstico y familiar que se acentuó en aquellas de personalidad poco sociable y comunicativa. En muchas MI y en unas cuantas católicas, la carga familiar obligó a una atención compartida entre hijos, más común en familias con 2 o 3 niños menores de 8 años. Esta situación afectó la atención de molestias por daño físico y perjuicio emocional, observado en sus hogares principalmente hasta la finalización de la alimentación familiar.

“...cuando la mamá cocinaba o limpiaba dejaba de atender a la niña, y si necesitaba atención por alguna señal de incomodidad, la atendía de forma rápida, a veces incómoda e impaciente... sus hermanitos la distraían mientras ella hacía sus labores... cuidaban de que no se lastimase con las piedras que conformaban el suelo de su patio...” (V, Israelita, ONP)

En los hogares donde hubo estrés materno por su mayor carga de actividades, muchos niños católicos o israelitas tuvieron retardo en su crecimiento o estuvieron adelgazados, o fueron más propensos a ellos, en comparación a los hogares donde la atención fue más asertiva, con menor stress doméstico y rasgos de personalidad más comunicativa o sociable de la madre.

La mayoría de aquellas MC respondió atendiendo al niño en un lapso de 2 a 4 minutos si es un niño mayor a 18 meses, e incluso aún, muchas en co-supervisión con otros cuidadores; por otro lado, varias MI enviaron a sus hijos mayores para que atiendan o distraigan si es el niño es mayor a 14 meses. Cuando el niño es menor a 12 meses, las madres de ambas religiones procuraron atenderlo personalmente independiente de su estado de ánimo o malestar

En las familias con 02 niños menores de 36 meses, existieron condiciones que favorecieron el estrés materno, no sólo por la demanda de actividades que debe realizar la madre, sino también por la competencia de cuidados, en la que el hijo mayor se ve desfavorecido, con posibles implicancias afectivas, alimentarias y en la estimulación de su desarrollo, e incluso con presencia de violencia verbal o física.

Por otra parte, hay una tendencia a que se brinde anticipadamente mayor libertad como un mecanismo *liberador* de la demanda de cuidados.

“...la madre dejó libre a su hijo (28 meses) en el patio para que juegue, pero cuando su hijo pide atención a través del llamado, lo atiende pero incómoda, luego alzó voz ordenándole que vaya hacer cosas para que se distraiga, el niño no quiso hacerlo, quería quedarse con ella, la madre se molestó con él pues ella estaba realizando actividades domésticas, además de cuidar a su hija menor (9 meses)”. (M, Católica, ONP)

“...mientras la madre preparaba los alimentos para el almuerzo, apurada aprovechó en darle bebida de mashka a su hijo (13 meses), cuando su hija (34 meses) le pidió permiso para salir al patio, le negó su petición, qué ante la insistencia de la niña y su deseo por acercarse a ella mientras realizaba sus quehaceres, la madre se molestó y la palmeo ..” (J, Israelita, ONP)

Muchas madres, en especial las israelitas no atienden o responden tardíamente a las señales de molestia o de necesidad del niño. Las que atienden las señales de molestia lo hacen a través de la distracción “...*haciendo jugar para que se tranquilice*” o “...*se les consuela*” cargando o abrazando si la causa fue caída o golpe, aunque muchas madres utilizan la LM como un medio *para tranquilizarlos*, indiferentemente de la causa de la señal de molestia o necesidad.

Éste conjunto de actitudes y conductas podrían entenderse como una sensibilidad materna⁴⁰ inconsistente, que podría dilucidar el proceso de afectación sobre el apego⁴¹ del binomio madre israelita – niño, así también, las diferencias del estado de ánimo y confianza del niño. El apego de los niños con su madre mostró un vínculo inseguro en la mitad de las familias israelitas y en algunas familias católicas.

Por otra parte, la participación del padre en la atención fue mayor en tiempo y frecuencia en las familias israelitas en relación a las familias católicas.

⁴⁰ La sensibilidad parental ⁽³⁹⁾ es la habilidad para percibir e interpretar correctamente las señales de apego y necesidades del bebe, comprender sus estados mentales y responder ante dichas señales en forma pronta y adecuada ⁽⁴⁰⁾. La falta de respuesta o una sensibilidad inconsistente se asocia con la inseguridad en los niños, así mismo, una respuesta sensible y consistente se asocia con vínculos seguros, es decir que la sensibilidad o insensibilidad parental determina la seguridad o inseguridad del apego en los lactantes e infantes

⁴¹ El apego se considera cuando los niños son proclives a buscar proximidad y contacto hacia un cuidador específico en momentos de angustia, enfermedad y cansancio. El apego hacia un cuidador protector ayuda a los lactantes a regular sus emociones negativas en momentos de estrés y angustia y a explorar el medio ambiente, incluso si contiene estímulos un tanto atemorizantes ⁽⁴⁰⁾.

- **Afectividad y desarrollo de los lazos afectivos**

Las madres católicas e israelitas refirieron que quieren a sus hijos y lo demuestran acariciándolos, abrazándolos y dándoles besos. Algunas refirieron otras formas de demostrárselo como a través del juego, brindándoles atención y alimentándolos.

“Yo le tengo mucho cariño, amor a mi hijo...Primero, primero dándole sus alimentos, dándole cariño, tomarle atención ¿no? Lo que me pide, lo que me dice...” (E, católica, EP)

“Cuando le acaricia así ella se ríe, se pone alegre ... Así cariñando... todo amable será pues...” (F, Israelita, EP)

En menores de 24 meses, uno de los momentos de mayor interacción afectiva fue durante la LM donde la satisfacción del niño fue por la alimentación, vínculo piel a piel, expresiones no verbales como abrazos, miradas, gestos, sonrisas, y verbalizaciones cariñosas, expresiones y señales de sentirse protegido que indican la satisfacción y beneficio emocional de la interacción. No obstante, algunas tomas de LM no se vincularon a una interacción afectiva, incluso unas madres mostraron estrés o preocupación por actividades domésticas que interrumpieron, por lo que no hubo las expresiones antes mencionadas. Cabe diferenciar que la interacción afectiva durante la LM fue más intensa en el binomio madre israelita-niño, expresándose más a través del lenguaje no verbal (miradas, caricias, entre otros).

En general, las expresiones afectivas hacia los bebés e infantes se manifestaron mediante abrazos, besos, caricias o juegos, principalmente en las tardes cuando se reduce las labores domésticas y agrícolas, también durante momentos libres del día, o como refieren algunas madres interrumpiendo sus actividades por un momento.

“...a veces estoy lavando también y está renegando, dejo y me pongo jugarle un rato, abrazo, le hago dormir y de ahí me regreso a continuar lavar mi ropa...” (E, Católica, EP)

“...sí, cualquier momento le cargo y abrazo, mientras hago mis cosas...” (F, Israelita, EP)

La mitad de las MI y algunas MC se mostraron poco expresivas afectivamente durante las observaciones en sus hogares, incluso viéndose que algunas no

atendieron o lo hicieron tardíamente a las señales de molestia o necesidad del niño, interpretándose como desafecto o algún grado de insensibilidad materna, repercutiendo en el apego, haciéndolo inseguro.

“...la niña (16 meses) se cayó golpeándose las rodillas y comenzó a llorar, vino la madre molesta y gritó a sus hijos diciéndoles: ¡párenla, párenla!, ¡ahorita les meto al cuarto!, y se fue la madre, mientras la niña la miraba esperando que ella se acercase a apoyarla...” (H, Católica, ONP)

El destete forzado, puede ser percibido por el niño como desafecto, que se presenció en un hogar israelita donde el niño mostró tristeza y frustración. El destete, para muchas personas es socialmente aceptado y válido cuando el niño es mayor a los 18 meses. Las conductas entendidas como desafecto por falta de atención fueron más frecuentes en los hogares israelitas.

La expresión afectiva estuvo influenciada en la personalidad de las madres, algunas de actitud tímida o poco comunicativa tendieron a conductas menos expresivas de afecto, también pudo ser afectado por su menor tolerancia al estrés doméstico o al temperamento infantil difícil de tratar. Sin embargo, en ellas y otras madres hubo momentos en que la expresión afectiva fue intensa, pero también hubo momentos de poca atención afectiva y respuesta ante señales de molestia, necesidad de atención y afecto, primordialmente durante labores domésticas, o agrícolas como en temporada de siembra-cosecha. Por otro lado, las madres católicas e israelitas negaron diferencias en la expresión afectiva según el género de su hijo.

En muchas familias católicas y algunas israelitas, la frecuencia e intensidad del estímulo o interacción afectiva se relacionó inversamente a la edad del niño, así también, muchos niños con retardo de crecimiento y menor desarrollo motriz-social, coincidieron con las madres poco expresivas afectiva y socialmente.

En los hogares donde durante un lapso considerable el niño menor de 36 meses es co-supervisado por hermanos mayores, se observaron dos posibles mecanismos que pueden afectar el desarrollo de los lazos afectivos: el primero, es directamente la ausencia parcial de la madre o su atención afectiva/física deficiente, que incluso puede ser precedido por actitudes agresivas, y la segunda es la incapacidad psicológica de los niños mayores (5 a 10 años) para atender a otro niño, a pesar de sus actitudes afectivas.

La carga de trabajo doméstico y familiar interviene en el tiempo y las oportunidades de atención física y emocional que brinda la madre durante el cuidado del niño, presente predominantemente en las israelitas. No obstante, las madres de ambas religiones aprovecharon durante el paseo de sus animales para jugar y compartir tiempo con sus hijos, por otro lado, debe resaltarse que más de la mitad los israelitas tuvieron un tiempo familiar para socializar e interactuando afectiva y recreativamente, hablando, jugando y comiendo.

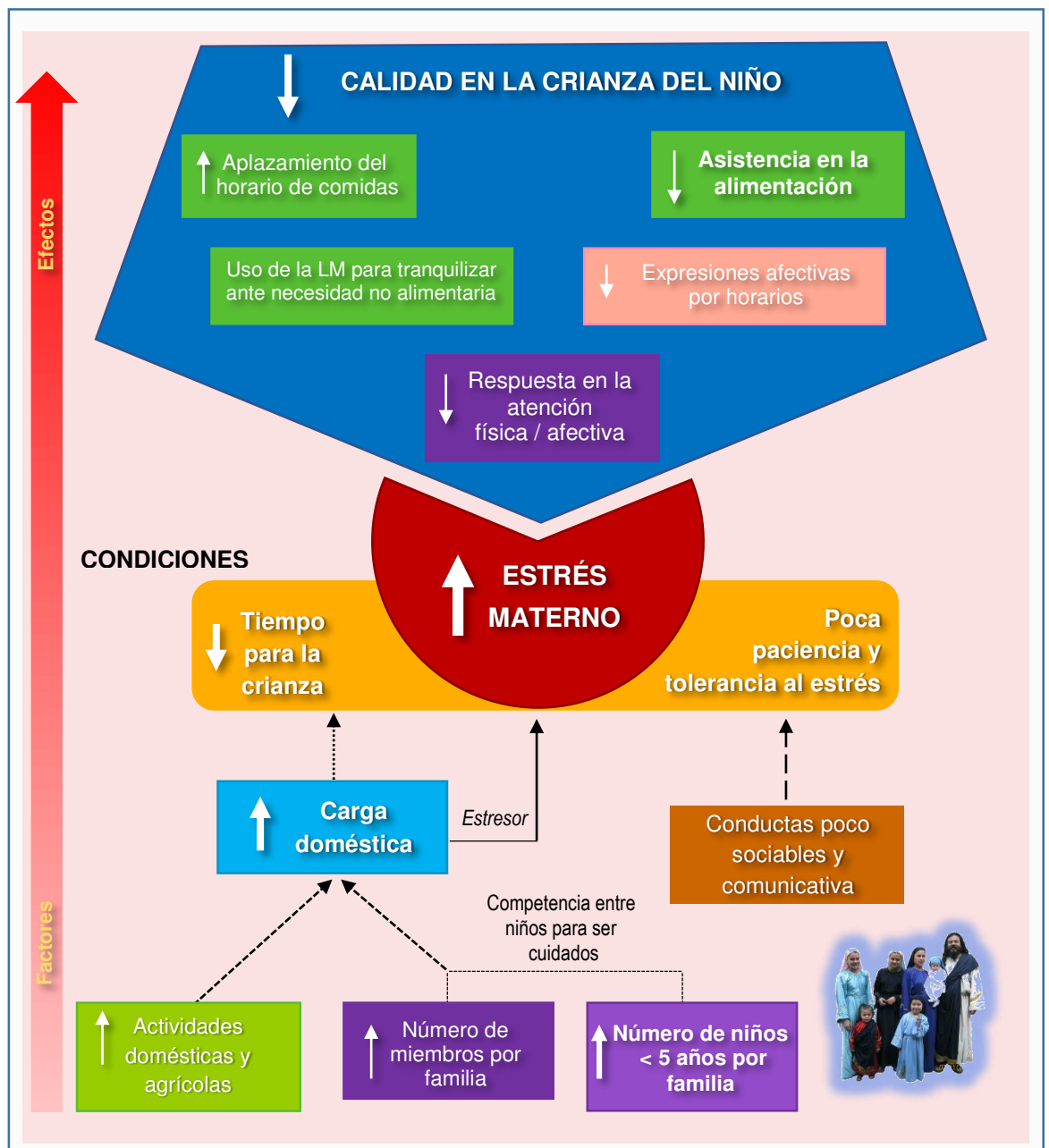


Figura N° 7: Factores y efectos del estrés materno de las israelitas sobre la crianza infantil.

- **Intervención paterna en el cuidado infantil**

La participación paterna en el cuidado infantil es importante en el desarrollo emocional cognitivo y social del niño.

En las familias católicas, algunos padres participaron en el cuidado del niño durante cortos periodos, lo cuales fueron a través de juegos, canto, baile o haciendo algún ejercicio o flexión o durante interacciones afectivas como abrazos, besos o verbalizaciones cariñosas. Su participación en la atención ante necesidades del niño fue escasa, viéndose que sólo un padre brindó alimentación durante las visitas realizadas a los hogares. El tiempo exclusivo que dedicó el padre para el cuidado infantil fue aproximadamente entre 25 a 40 minutos por día, principalmente en las tardes después de regresar de sus jornadas laborales o agrícolas. La primera causa de la escasa participación paterna es que ciertas temporadas los “*jefes de familia*” o responsables del sustento económico⁴² migran temporalmente por trabajo, por lo que las madres toman un papel preponderante en el cuidado infantil, pero son apoyadas por otros familiares.

Por otro lado, esta interacción padre/hijo es percibida con alegría y satisfacción por las madres.

“... cuando no va a trabajar la pasa con él, le hace jugar, le carga, le saca a fuera... el que le canta es su papá... más le hacemos jugar con sus juguetitos, le hacemos jugar en la cama, le hacemos hacer sus ejercicios, pero más que nada eso lo hace su papá... que estire sus manitos, sus bracitos o que juegue con su pizarra...” (E, Católica, EP)

A diferencia de los católicos, todos los padres israelitas participaron en el cuidado infantil con notoria intervención en la atención, por ejemplo, brindando alimentos; y en la interacción afectiva mediante besos, abrazos y cargándole cariñosamente. En menor proporción, algunos padres jugaron y atendieron a sus hijos cuando sus esposas realizaban los quehaceres domésticos, después de comer o en el campo. El tiempo exclusivo que dedicaron los padres israelitas al cuidado de sus hijos fue aproximadamente entre 40 – 110 minutos por día. La diferencia de los tiempos brindados según religión se debe a que más de la mitad de los padres israelitas

⁴² En la diversificación de roles de trabajo, tanto en los católicos como israelitas, el padre es el sostén económico. Pese a que los hombres israelitas apoyaron en actividades domésticas, y sus familias fueron percibidas como de mayor apoyo mutuo entre cónyuges, existe una jerarquización donde solo el hombre puede ser jefe del hogar. Pocas madres realizaron alguna actividad remunerada pues eran responsables del cuidado de los hijos, actividades domésticas y del pastoreo de animales.

dedica un tiempo exclusivo para la socialización familiar, donde se conversa, juega o come con el niño.

“...Le hago comer y jugar...después de comer, claro, jugamos un rato así, en las mañanas y en las tardes que estoy acá...cuando estoy acá casi permanente [juego con él]...” (Esposo de J, Israelita, EO)

Las madres e informantes consideran que las labores domésticas y familiares deben ser responsabilidad de ambos padres, además reconocen la participación paterna de los israelitas en el cuidado infantil, en comparación de los católicos. También se reconoció el apoyo brindado por ellos en el quehacer doméstico y atención a señales de necesidad del niño; algunas atribuyen que esta diferencia se debe al pensamiento *machista* que tienen los católicos en referencia a esas labores.

“...los papás, o sea los hombres son poco indiferentes a la atención de los niños, a todo eso, yo opino que está un poco mal porque los dos deberían asumir esa responsabilidad... a veces los israelitas ya entienden que tienen que asumir esa responsabilidad cuando tiene hijos menores y apoyan bastante, en cambio los católicos a veces toman [bebidas alcohólicas] y no toman interés, para nada [...] en cambio los israelitas apoyan en todo a su casa y esposa [...] ayudan a limpiar o lo están cambiando el pañal mientras que la mamá está cocinando o está ocupada...” (AGS, Israelita, EP)

El discurso religioso del pastor israelita influyó en la intervención paterna en las labores familiares y domésticas, en los cultos su mensaje enfatizó en una responsabilidad compartida de estos deberes entre ambos padres. Así mismo, el pastor israelita fue influenciado por capacitaciones de promotores de salud o sectoristas de ONGs.

“Siempre les digo que participen los dos, no solo dejarle a la mamá, el papá también tiene que participar porque la tarea es de ambos – enfatizó –... así nos aconsejan en las reuniones en los talleres [...] no solo como dice el papá ¡que yo voy a la chacra y se acabó, ¡no!” (Pastor, Israelita, EP)

En ambos grupos, la participación del padre se encuentra en diferentes grados de involucramiento en el desarrollo del niño. La participación de los padres católicos puede interpretarse como recreacional ya que se direcciona a entretener al niño,

mientras que el brindado por los israelitas direcciona a atender necesidades, en ambos se expresa afectividad y estímulos para el desarrollo del niño.

D. Violencia y castigos: características y repercusiones

En los hogares católicos, la violencia intrafamiliar o doméstica⁴³ fue descrita como agresión verbal y física realizada por el hombre hacia su mujer, que en muchos casos se extiende a los hijos, generando temor y falta de seguridad en ellos. Las madres perciben⁴⁴ que esta violencia daña a los niños “*dejándolos traumatados*”, que directa o indirectamente repercute en el apetito y estado de ánimo “*porque el niño ya no le da ganas de comer*”, en su desarrollo intelectual porque “*no va captar en sus estudios*”, y que podría producir somatizaciones o manifestaciones físicas como “*cuando el niño está asustado se puede enfermar*” o dar “*más que nada diarrea*”.

“...eso de las 4 de la mañana pasan esas cosas, una señora viene [de despertarse] y el esposo la agarra a golpes...eso afecta porque a veces no cocino, también porque el bebé está preocupado y no quiere comer... él [niño] estaba preocupado que si papá viene y me pega...” (R, católica, EG)

“...porque al niño ya no le da ganas de comer cuando su papá, su mamá están peleando ... a veces le da diarrea, todas esas cosas, entonces más que nada diarrea es lo que quita más fuerza, entonces los niños ya no pueden recuperarse cuando ya está asustado...” (H, católica, EG)

Por otra parte, hubo madres que refirieron que la violencia las afecta emocionalmente, produciéndoles desgano, mal humor y tristeza, que generaron un impacto negativo en sus actividades domésticas y cuidado del niño; así también, puede transferirse a través de la lactancia, “*porque por el pecho le estás pasando lo que reniega*”.

⁴³ La violencia doméstica o violencia intrafamiliar es un concepto utilizado para referirse a “la violencia ejercida en el terreno de la convivencia familiar o asimilada, por parte de uno de los miembros contra otros, contra alguno de los demás o contra todos ellos” (⁴¹). Comprende todos aquellos actos violentos, desde el empleo de la fuerza física, hasta el hostigamiento, acoso o intimidación, que se producen en el seno de un hogar y que perpetra, por lo menos, un miembro de la familia contra algún otro familiar. El término incluye una amplia variedad de fenómenos, entre los que se encuentran algunos componentes de la violencia contra las mujeres, violencia contra el hombre, maltrato infantil o padres de ambos sexos (⁴²)

⁴⁴ En la mayoría de entrevistas, las madres hablan de la violencia refiriéndose a terceros o a una situación no específica, no obstante, al preguntarle sobre su experiencia personal sólo algunas reconocen haber sufrido de violencia contra ellas por parte de sus parejas, mientras otras madres se muestran esquivas, posiblemente por vergüenza, incomodidad o temor.

La principal causa de la violencia familiar se atribuye al consumo excesivo de bebidas alcohólicas o alcoholismo de los hombres; aunque, se comentó unos cuantos casos en mujeres.

“...muchos toman su trago, su chicha, regresan a sus casas, les maltratan a sus señoras, encima a sus niños, y los niños se quedan todo traumatados a veces gritan: ¡papá! ¡mamá! y lloran cuando pelean...” (E, católica, EP)

Contrario a católicos, se niega la presencia de violencia familiar entre los israelitas, su religión prohíbe el consumo de bebidas alcohólicas, relacionadas a la violencia doméstica.

“... los católicos toman hasta por las huevas [...] el niño hace travesuritas o cualquier cosita es para que renieguen o le peguen en los católicos, pero en israelita no, porque ellos no toman ...” (AGS, Israelita, EP)

Por otro lado, se evidenció que la agresión intrafamiliar no sólo fue del hombre contra su mujer y los hijos, sino también a veces de la mujer hacia sus hijos, agresión física y verbal observada en casi la mitad de las familias católicas e israelitas. Algunas católicas *jalonearon* o *palmearon* a sus hijos, mientras que la mitad lo hizo resonando o a través de gritos porque molestaban o irritaban al niño menor de 36 meses o lo distraían durante la alimentación, o eran desobedientes ante órdenes. En los hogares israelitas, la agresión verbal se desarrolló en la mitad de familias, mientras que unos pocos agredieron físicamente, cuyos motivos fueron porque molestan, irritan o cuidan inadecuadamente al niño menor de 36 meses, o por la interrupción del quehacer doméstico. La mayoría de MI manifestaron que en su culto le dijeron que deben corregir a sus hijos *hablando*, pero si es necesario *“...tiene que castigar con tres puntas”⁴⁵* para corregirlos.

Respecto a la presencia de violencia en los niños menores de 36 meses, las madres católicas e israelitas niegan el maltrato verbal y físico pues consideran que *“ellos no comprenden nada todavía”*. Las madres católicas e israelitas resonaron o llamaron la atención a sus hijos sin necesidad de gritarles, salvo excepciones a niños mayores de 18 meses. Por otra parte, se observó 2 casos de agresión física, coincidentemente en el mayor de los dos hijos menores de 36 meses de una familia

⁴⁵ “Tres puntas” hace referencia a un tipo látigo o lo que comúnmente llaman chicote, utilizado para el castigo físico de niños.

“[A los menores de 3 años] casi no castigan, ¡eso sí!, claro si habrá que le gritan, psicológicamente si... pero así físicamente no, casi no hay... ni en israelitas, ni católicos, en general no hay... Pero a partir de los 3 años [...] como ya le mandan hacer cosas en el campo [...] cualquier cosa que no le pase ya le está gritando, hasta lo puede agredir...” (AGS, Israelita, EP)

Las madres e informantes reconocen las diferencias de violencia o castigos empleados entre niños menores y mayores de 36 meses, pero niegan diferencias del castigo o agresión en relación al género del niño.

E. Estimulación del desarrollo

E.1 Orientación de la estimulación temprana

La estimulación temprana fue considerada por las madres de ambas religiones como favorable para el desarrollo del niño, aunque su orientación fue percibida como escasa en Carhuanka. Las MC refirieron que en el CS “...informan muy poco” o “...no te dicen nada...” sobre estimulación de los niños, sin embargo, algunas mencionaron haber sido capacitadas en la comunidad hace mucho tiempo atrás por una ONG. Opuestamente, varias MI manifestaron haber sido orientadas en el CS, pues les dijeron que para estimular debían “dar cariño”, “jugar” y “alimentar bien” a sus hijos.

Algunas madres católicas e israelitas coincidieron en referir que durante el control CRED el personal de salud estimuló a sus hijos a través de juegos o masajes.

Los mensajes emergidos sobre estimulación durante la atención del niño en el CS tuvieron un contenido concreto pero escueto y poco específico, no aportando mayor información a lo ya conocido por las familias, por eso los católicos no lo consideran como una orientación.

Por otro lado, unas MC compararon sobre cómo otros CS de la ciudad, refiriéndose a Huamanga y Lima, orientan y realizan la estimulación en sus hijos, a diferencia del CS local.

“... bueno en el centro de salud no te dicen tanto para qué es... solamente ellos hacen sus ejercicios [...]no te dicen que lo hagas en tu casa, que tienes que hacer así y así, ¡no!... (E, Católica, EG)

“...en la posta [nos dijeron...] tiene que acariciar, jugar un rato...ya me olvidé... pero si me han hablado... Si a veces jugamos así, con la pelota, reunidos todos... porque yo también me siento alegre...” (F, Israelita, EP)

E.2 Factores estimulantes del desarrollo

a. Comunicación

La comunicación como estímulo infantil fue diferente entre religiones, cuyos principales factores fueron la edad del niño, disponibilidad de tiempo y la personalidad materna. Los católicos fueron más comunicativos

Tabla N° 8: Comunicación del binomio madre-niño según religión materna.

			RELIGIÓN MATERNA	
CARACTERÍSTICAS			Católica	Israelita
FORMAS DE COMUNICARSE	Comunicación verbal	Habló o conversó	+++++ La mayoría	+++ Mas de la mitad
		Le cantó	++ Algunas	+++ Más de la mitad
	Comunicación no verbal (A través de gestos ⁴⁶ y corporalmente fueron expresados junto con verbalizaciones)		+++ La mitad lo hizo con la finalidad de alegrar, motivar y alentar a que realice alguna acción como sentarse, pararse o moverse	+ Pocas israelitas realizaron estímulos no verbales
MOMENTOS Y LUGARES DE INTERACCIÓN	Durante actividades maternas	Menores de 12 meses	+++++ La mayoría en la cama con o sin juguete (interrumpieron o se dieron un tiempo durante el quehacer domestico)	+ Pocas interrumpieron para jugar en el corral o
		Mayores de 12 meses	++++ - La mayoría durante el pasteo o en el parque - Algunas durante el quehacer domestico	++++ - La mayoría juega en las tardes o durante el baño del niño - Pocas durante el quehacer domestico
	Durante la comunicación afectiva	Menores de 12 meses	Los niños responden con más intensidad a través de sonrisas, movimientos u otras expresiones de alegría	
		Mayores de 12 meses	+++ Frecuencia regular, intensidad variable. En muchos niños, mientras mayor edad tiene, los estímulos son menos frecuentes e intensos	++ Menor frecuencia, intensidad variable, en varias intensa. El estímulo fue menos influenciado por la edad
	Durante la alimentación		++ Algunas verbal y no verbalmente	+ Pocas, ya que muchas asisten deficientemente a sus hijos, especialmente si es mayor a 15 meses.

La valoración máxima fue 5+ (+++++), cuya calificación se basó en el nivel de cumplimiento de las prácticas

⁴⁶ No fueron considerados los gestos y verbalizaciones realizadas durante la lactancia materna.

b. Juegos y estimulación psicomotriz

La estimulación a través de juegos, ejercicios, canto o baile es reconocida por las madres como prácticas que favorecen el desarrollo del niño. La principal motivación de las madres católicas e israelitas para jugar y estimular a sus hijos es verlos “*alegres*”, “*felices*”, y evitar que “*estén tristes*”, lo que les genera satisfacción, alegría y goce.

“...le hago jugar, cantan, bailan, hacen casitas, cuando juegan pienso que están alegres y eso me hace sentir bien...” (H, Católica, EP)

“Jugamos con sus muñecas, me parece bien jugar porque ella se pone muy alegre” (T, Israelita, EP)

En los hogares católicos, la estimulación psicomotriz se desarrolló a través del juego mediante uso de juguetes, baile o algunos ejercicios, mientras que las familias israelitas realizaron primordialmente ejercicios o movimientos, y en menor proporción el uso de juguetes. En los israelitas, los hermanos mayores cuidaron al niño menor a 36 meses durante algunas horas al día, por lo que los juegos fueron realizados por ellos, incluso en igual o mayor tiempo que la madre.

Los juegos practicados por los niños católicos fueron: recibir y entregar los juguetes, mover o animar⁴⁷ muñecos o carros, y patear o coger la pelota, así también, se hicieron ejercicios como flexiones y caminatas, actividades que estimulan el desarrollo psicomotriz grueso del niño; algunas estimularon el desarrollo psicomotriz fino haciendo que el niño coja juguetes o piezas pequeñas, agarren cubiertos o armen estructuras de plástico, madera o piedra. Por otro lado, los juegos practicados por los niños israelitas fueron principalmente caminar, correr o gatear, así también estuvieron sentados jugando con juguetes, trozos de madera, tapas de plástico, entre otros.

El baile fue otra actividad estimulante del desarrollo psicomotriz, realizado por niños de familias católicas e israelitas, pero la frecuencia y tiempo realizado fue mayor en los católicos, quienes lo realizaron interdiario o casi diario ya que sus madres motivaron y apoyaron más para que ellos bailasen; mientras que, los

⁴⁷ No referimos a “animar” como el acto de atribuir vida y/o cualidades psicológicas (consciencia, intencionalidad, etc.) a los objetos o entidades inanimadas.

israelitas lo realizaron a veces o interdiario con canciones de contenido religioso que fueron escuchados por su madre durante el quehacer diario.

“Bailamos, cantamos, y como él es bailarín le encanta bailar ... cuando estamos en la casa nos dedicamos a bailar” (M, Católica, EP)

“... a veces salimos a la pampa y ahí se divierte en la pampa baila, juega con sus juguetes... a veces hago bailar, cuando pego palmas para arriba, así... solito baila cuando prende la música...” (J, Israelita, EP)

En los momentos que se patea animales, las madres católicas e israelitas aprovecharon el tiempo de reposo para jugar, cantar o conversar con sus hijos.

El tiempo dedicado exclusivamente al juego realizado por los cuidadores estuvo comprendido entre 40 y 120 minutos en los hogares católicos, mientras que en los hogares israelitas fue de 35 a 85 minutos. En los últimos, los hijos mayores fueron quienes aportaron al menos la mitad del tiempo total de juego.

Los padres católicos presentes durante el estudio, participaron jugando con sus hijos, dedicándole un tiempo aproximado de 20 a 25 minutos, mientras que varios padres israelitas dedicaron de 10 a 19 minutos, y solo unos cuantos de 20 a 25 minutos.

c. Protección contra daños físicos y emocionales.

Respecto a la protección contra daños físicos, al menos la mitad de los cuidadores católicos y varios israelitas no previnieron riesgos de daño; dejaban a los niños bajo la responsabilidad de otros niños, autocuidado sin supervisión o cerca espacios de peligrosidad (presencia de fuego, zanja, barrancos, entre otros).

La mayoría de niños católicos estuvo dentro de la cocina durante la preparación de alimentos, donde hubo pocas cocinas mejoradas, exponiéndoseles a la inhalación del humo proveniente de la leña, diferente al de los hogares israelitas donde más de la mitad de sus cocinas mejoradas fueron funcionales. La presencia de cocinas mejoradas dependió principalmente de la comunidad o área geográfica, así todas las madres de la comunidad de Chili Cruz tuvieron cocinas mejoradas mientras que las madres observadas en Rayme Alto y

Bellavista tuvieron cocina tradicional; en el área urbana, había ambas cocinas, aunque unas cuantas familias tenían cocina a kerosene.

Un factor desfavorable en el desarrollo del niño es la violencia familiar en los hogares, principalmente en los católicos. En los menores de 36 meses, la agresión verbal fue observada en unos cuantos niños de ambas religiones; mientras, la agresión física fue observada coincidentemente en el mayor de los dos hijos menores de 36 meses.

d. Desarrollo infantil y su relación con estado de los niños

El desarrollo psicosocial es importante en el desarrollo y crecimiento infantil, y se desenvuelve a través de estímulos en la interacción asertiva entre el cuidador y el niño, y su medio. El aprendizaje se fomentó mediante la imitación durante el quehacer doméstico de las madres, sin embargo, el fomento o intencionalidad de la madre para que su hijo imite gestos u acciones de acuerdo a la edad fue escasa. Ello nos indica una limitada presencia de estímulos.

Los niños mayores de 12 meses aprendieron a comer a través de la asistencia de sus madres durante la alimentación, aunque se observó mayor autonomía en los niños israelitas, en parte porque ellos comían en compañía de sus hermanos, por lo que a través de la imitación se generó mayor estímulo en la práctica de alimentarse a sí mismo; no obstante, ello no aseguró la adecuada alimentación ya que muchas de ellas brindaron poca asistencia a sus hijos y no consumieron toda la porción servida. Por otro lado, muchas católicas dieron de comer a sus hijos y posteriormente comieron ellas, no habiendo el modelo del cual imitar.

En niños mayores se recomienda asignar responsabilidades o actividades dirigidas con la finalidad que adquiriera mayor autonomía, sin embargo, ninguno de los cuidadores lo hace, ya que las madres lo vestían, lavaban y les realizaban los quehaceres más simples como el guardar u ordenar sus juguetes.

En global, podemos observar ligeras diferencias en los estímulos y desarrollo del niño, aunque es mayor con respecto al estado de ánimo, notándose más beneficios en lo católicos.

Tabla N° 9: Áreas del desarrollo infantil y estado de ánimo de los niños según religión materna.

Item	RELIGIÓN MATERNA		Caracterización
	Católica	Israelita	
	Valoración		
COORDINACIÓN Y PSICOMOTRICIDAD	+++	++	<p>COORDINACIÓN ÓCULO MOTRIZ En los menores de 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casi mitad de las MC y pocas MI realizaron movimientos con juguetes, focalizando la mirada del niño • No intencionalmente, el desplazamiento de los cuidadores (madre y hermanos) en el ambiente generó el mismo estímulo en niños de ambas religiones. <p>COORDINACIÓN DE EXTREMIDADES SUPERIORES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimulada solo en algunos niños católicos a través de ejercicios como “<i>el dar y recibir un juguete</i>” • No intencionada en la mayoría de niños católicos y en unos pocos israelitas cuando ellos tiran los juguetes y el cuidador los recoge. <p>COORDINACIÓN Y MOTRICIDAD DE EXTREMIDADES INFERIORES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los niños de MC y MI de 6 a 10 meses ya se sentaban, muchos de ellos fueron apoyados por sus cuidadores • No se observó apoyo en el gateo; muchos no lo hicieron. • El pararse, mantenerse de pie e iniciar sus primeras caminatas fueron poco apoyados por las madres cuando estos tenían entre los 10 y 12 meses. De 14 a más meses fueron estimulados en el paseo a pie. La mayoría de ellos caminan independientemente y sin necesidad de apoyo. • Una de las motivaciones para que el niño camine fue el ver a hermanos u otros niños caminar o correr. <p>Existe desconocimiento de como estimular motricidad fina</p>
AUTO - RECONOCIMIENTO	++	+	<p>En los menores de 12 meses, muchas familias católicas y pocas israelitas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los llaman con frecuencia como “bebé” “wawita” u otro. • Su nombre es utilizado en tercera persona • Muchos de ellos responden a su nombre alrededor de los 7 a 12 meses, edad ligeramente superior a lo recomendado. <p>En los mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se les llama por su nombre y los niños lo reconocen • Pocos hacen referencia a su propio nombre • No se utiliza espejo en ninguno de los niños <p>Diferencia: Algunos católicos mayores a 18 meses ya reconocen ciertas partes de su cuerpo como cabeza, nariz, ojo, boca y/o pies</p>
SOCIALIZACIÓN	++	++	<p>Pocos niños católicos jugaron con otro niño de su edad, y cuando ocurrió fue breve la interacción ya que en su mayoría no fueron programadas sino eventuales.</p> <p>Los niños israelitas no interactuaron con otros niños de su edad, ya que aparentemente hay un cierto aislamiento entre familias (a excepción de los días de culto religioso), ellos interactuaron con frecuencia con sus hermanos mayores</p>

LENGUAJE	++	++	<p>En los menores de 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balbuceo de sílabas correspondiente a la edad <p>Entre los 12 a 24 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitad de los niños tuvieron vocalización en proceso y un vocabulario reducido para la edad, situación no corregida o estimulada por los cuidadores católicos e israelitas. <p>En los mayores a 24 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muchos aun tuvieron un vocabulario precario y retraso en vocalización, no obstante, existe reconocimiento gestual de objetos y de algunos animales, por lo que su comunicación es principalmente no verbal. <p>Ello nos indicaría un retraso del desarrollo lingüístico en niños de MC y MI. Mientras mayor fue el niño, menor fue el estímulo direccionado al desarrollo del lenguaje.</p>
ESTADO DE ANIMO ⁴⁸	+++	+	<ul style="list-style-type: none"> • Más de la mitad de los niños católicos y algunos israelitas se mostraron activos, alegres y reactivos a estímulos, mientras que el resto, podríamos considerarlos como poco activos o aletargados. • No se observó conductas agresivas, ni berrinches en los niños menores de 36 meses. • Se diferenció parcialmente según religión materna. Los niños poco activos o aletargados se relacionaron con la presencia de desnutrición, conductas poco sociales e introvertidas de sus madres, y ambientes familiares de poca estimulación psicosocial.

La valoración máxima fue 5+ (+++++), cuya calificación se basó en el nivel de cumplimiento de las prácticas

⁴⁸ El estado de ánimo ⁽⁴³⁾ es una expresión o síntoma dependiente de procesos inconscientes infinitamente más complejos y subjetivos en tanto que se ligan a la propia historia del sujeto y cuya expresión se hace presente no solo a través de la conducta, sino también a través de posibles somatizaciones o manifestaciones físicas como la dermatitis, el dolor de cabeza, el estreñimiento, entre otros. Para analizar el estado de ánimos en niños se consideró el grado de actividad física, reactividad a estímulos, presencia de llanto, desgano, falta de interés, agresividad y berrinches.

Tabla N° 9: Crianza y cuidado infantil: Factores que la afectan según religión materna del niño.

PRÁCTICAS ADECUADAS EN LA CRIANZA Y CUIDADO		RELIGIÓN MATERNA					
		Católica			Israelita		
		Valoración	Comentario	Factores que la afectan	Valoración	Comentario	Factores que la afectan
Atención	Ante señales físicas	+++	La mitad de las madres reaccionó preocupada ante señales de molestia o necesidad, brindando apoyo y atención con cariño; por otro lado, varias reaccionaron incómodas o fastidiadas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Más tiempo de crianza por menor trabajo doméstica ■ Conductas más comunicativas ■ Redes familiares - Poca intervención del padre ■ Experiencia adquirida por viajes ■ Reconocimiento de la falta de tiempo como limitante de la crianza 	++	La mitad de las madres reaccionó preocupada ante señales de molestia o necesidad, brindando apoyo y atención con cariño, aunque muchas lo hicieron tardíamente; por otro lado, varias reaccionaron incómodas o fastidiadas. Muchas usan la lactancia para tranquilizar el llanto para calmar ante necesidades no alimentarias.	<ul style="list-style-type: none"> - Menor tiempo de crianza por trabajo doméstica - Estrés materno - Familias numerosas con 2 niños menores de 3 años - Conductas poco comunicativas y sociales. - Co-responsabilidad del cuidado con otros niños ■ Participación paterna ■ Reconocimiento de la falta de tiempo como limitante de la crianza
	Ante necesidad emocional	++	Casi la mitad de las madres reaccionaron a las señales de alegría del niño correspondiendo con sonrisas u expresiones gestuales que fomentaron un buen estado de ánimo		+++	La mitad de las madres reaccionaron a las señales de alegría del niño correspondiendo con sonrisas u expresiones gestuales que fomentaron ese buen estado de ánimo de sus hijos. Esta conducta fue un poco más duradera e intensa	
Afectividad y desarrollo de lazos afectivos		++++	Se expresó durante la LM, o mediante abrazos, besos, caricias y otros. Aunque, algunas madres se mostraron poco afectivas, incluso viéndose que algunas no atendieron al niño o lo hicieron tardíamente	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conductas más comunicativas ■ Más tiempo de crianza por menor trabajo doméstica - Edad del niño 	+++	Se expresó durante la LM, o mediante abrazos, besos, caricias y otros, que algún momento del día fue expresado con mucha intensidad. No obstante, la mitad de las madres se mostró poco afectivas, incluso viéndose que algunas no atendieron al niño o lo hicieron tardíamente, interpretándose como algún grado de insensibilidad materna.	<ul style="list-style-type: none"> - Menor tiempo de crianza por mayor trabajo doméstica - Conductas poco comunicativas y sociales. - Edad del niño y conformación familiar.

Estado nutricional, prácticas de alimentación, cuidado e higiene entre niños de diferente religión materna, Carhuana, Ayacucho 2012

Intervención paterna	+	Algunos padres participaron en el cuidado infantil, y su involucramiento puede interpretarse como recreacional. El tiempo exclusivo brindado fue de 25 a 40 minutos durante un día.	- Los padres migran temporalmente por trabajo	++++	Todos los padres israelitas participaron en el cuidado infantil con principalmente en la atención. El tiempo exclusivo brindado fue de 40 a 100 minutos por día.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Padres concientizados en su participación en el cuidado infantil ■ Influencia de discurso religioso
NO Violencia y castigos	+	Existe violencia doméstica debido al consumo de alcohol del hombre. Ello afecta emocionalmente a las madres pudiendo reducir su calidad en la atención al niño. La mitad resonó y algunas madres jalonearon o palmearon a sus hijos mayores, por molestar al hijo menor o por distraerlo durante la alimentación. A los menores de 36 meses, solo se le resonó, excepcionalmente se les gritó y a uno se le castigó físicamente.	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de alcohol y alcoholismo de los hombres, excepcionalmente de algunas madres. ■ Percepción que no se les pega a los niños pequeños ■ Edad del niño 	++	No hay la violencia doméstica por el hombre. Aunque la mitad de las madres resonó y unas pocas castigaron físicamente a sus hijos mayores, por molestar, irritar o cuidar inadecuadamente al hijo menor. A los menores de 36 meses, solo se le resonó, excepcionalmente se les gritó y a uno se le castigó físicamente.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se rechaza el consumo de bebidas alcohólicas. - Estrés materno ■ Percepción que no se les pega a los niños pequeños - Contradicción sobre castigo para corregir a los niños ■ Edad del niño
Estimulación del desarrollo	++	Más comunicación afectiva. La mitad de niños estuvieron expuestos a riesgo de daño (fuego, zanjas, etc.). El tiempo dedicado exclusivamente al juego fue de 40 a 120 minutos. Pocos estímulos dirigidos de acuerdo a la edad	<ul style="list-style-type: none"> - Poca capacitación en el centro de salud - Poco conocimiento de estímulos ■ Más tiempo de crianza - Edad del niño 	+	Menos comunicación afectiva. La mitad de niños estuvieron expuestos a riesgo de daño (fuego, zanjas, etc.) El tiempo dedicado exclusivamente al juego fue de 35 a 85 minutos. Pocos estímulos dirigidos de acuerdo a la edad	<ul style="list-style-type: none"> - Poca capacitación en el centro de salud - Poco conocimiento de estímulos - Menor tiempo de crianza por mayor trabajo doméstico - Edad del niño

La valoración máxima fue 5+ (++++), cuya calificación se basó en el nivel de cumplimiento de las prácticas. Los factores que afectaron las características alimentarias fueron positivos (■) o negativos (-).

4.2.5 HIGIENE

A. Condiciones de las viviendas

Los niños católicos e israelitas estuvieron principalmente en la cocina - comedor y el patio de la vivienda. Los niños menores de 12 meses estuvieron principalmente en sus camas con juguetes y almohadas. En general, los niños que fueron con su madre al pasteo tuvieron momentos en los que jugaron en una manta sobre el pasto; algunos jugaron con piedras, plantas y/o con animales que pasteaban. Ello implicó un riesgo de contaminación cuando lo hicieron antes de comer y no se lavaron las manos, por no tener agua o jabón, o ambos.

La mayoría de los hogares católicos tenían animales domésticos como perros y gatos, y animales de crianza como vaca, oveja, gallina, pollo y cuy. En más de la mitad de sus viviendas hubo algún animal como perro, gato, pollo o gallina que estuvo presente esporádicamente en el ambiente donde se cuidaba al niño, o donde se prepararon o consumieron los alimentos, aunque en su mayoría fueron ahuyentados para evitar su ingreso en esos ambientes mediante gritos como “*!tssss tssss!*” “*!fuera perro!*”, *jallqu afuera!*”, ademanes o empujándoles; algunos perros fueron amarrados durante algún tiempo, y en unas cuantas viviendas colocaron cercas para evitar su ingreso a la vivienda.

Semejante a los católicos, los hogares israelitas también tenían animales domésticos y de crianza, aunque la crianza de cuy fue menor al de las familias católicas, y el gato fue su principal animal doméstico, con mayor tolerancia a su presencia; algunos los ahuyentaron con poca efectividad, permitiendo en la mayoría de las viviendas su permanencia en los ambientes de cuidado infantil y de preparación de alimentos. Los demás animales como el perro y gallina fueron ahuyentados semejante a como lo hicieron los católicos. En casi todas viviendas israelitas, al menos una vez ingresó algún animal.

Las familias rechazaron con más ímpetu la presencia del perro por considerarlo “*más sucio*”, su pelo lo asocian a la transmisión de enfermedades; mientras que la presencia del gato en la cocina es más aceptada permitiéndole quedarse cerca al calor del fogón o cocina mejorada. Esta actitud tolerante fue más expresada por los israelitas, también por ser ellos quienes tenían más gatos.

Los católicos e israelitas criaron animales menores (pollo, gallina, oveja y cabra) y mayores (vaca o toro) en ambientes o espacios cercados afuera de sus viviendas o alejados de ellas, sin embargo, algunas familias crían los cuyes cercados por adobe o mallas debajo de las cocinas mejoradas o cerca a los fogones, pues consideran que es necesario tenerlos *“cerca al calor porque en el frío se mueren”*, aunque ello implica tenerlos donde se preparan los alimentos. Hubo viviendas en las que algunos cuyes se escaparon fuera del cerco, y dos viviendas israelitas en las que los cuyes estuvieron libres en su cocina.

En la mayoría de los hogares católicos e israelitas, el ambiente donde se preparan alimentos es el mismo donde son consumidos por los niños, e incluso donde se les cuida, por consiguiente, la presencia de animales los expone a un riesgo de zoonosis a través de contaminación del ambiente por residuos fecales, pelo o vectores (pulgas). En algunas cocinas, hubo presencia de restos fecales de cuyes, principalmente en aquellas donde estuvieron libres, mientras que en algunas viviendas israelitas se observó pelo de gato sobre las cocinas mejoradas y el suelo.

Varias madres católicas e israelitas reconocieron el riesgo de la presencia de los animales en sus viviendas, ya que sus hijos *“pueden enfermarse con infección”*, así también, unas madres comentaron el temor que sus hijos se asuste con la presencia del animal en el ambiente donde se le cuida.

Para muchos es una preocupación el ingreso de los animales durante la alimentación del niño: *“¿cómo va agarrar a los animales cuando está comiendo?, no se puede agarrar pes, porque al comer y agarrar animales están contaminando y puede provenir enfermedades”*. Unos cuantos explicaron que estas enfermedades son causadas principalmente por *“microbios”* del *“pelo sucio”*.

Muchas veces los animales ingresaron cuando el cuidador del niño estuvo ocupado y distraído realizando alguna actividad, pero fueron ahuyentados incluso por lo hijos mayores como imitación de sus padres.

B. Almacenamiento de los alimentos y preparaciones

En los hogares católicos e israelitas todas las preparaciones alimentarias estuvieron contenidas en ollas de aluminio y tapadas; más de la mitad las ubicaron encima de un adobe cementado, cocina mejorada o mesa, mientras que algunos lo colocaron en el piso.

En algunas viviendas católicas se observó algunos alimentos expuestos en la mesa como mote (maíz sancochado), tubérculos sancochados o algún preparado bebible, expuestos a contaminación por encontrarse sin protección, mientras que, en las viviendas israelitas, el mayor riesgo estuvo por la presencia de los gatos que estuvieron cerca de las ollas que contenían las preparaciones alimentarias.

Las familias católicas e israelitas almacenan los alimentos secos o no perecibles según volumen o frecuencia de uso. Los de uso frecuente se guardan sobre estantes de adobe y madera (o carrizo) llamados alacenas o reposteros, que se encuentran en la mitad de los hogares israelitas y en algunos católicos; unas cuantas familias además cubrieron estos muebles con mantas.

Los alimentos de uso frecuente en las viviendas católicas fueron el azúcar, sal, aceite y arroz, en menor frecuencia frejoles, cebada, trigo y cocoa, mientras que, en los israelitas fueron azúcar, sal, aceite, avena y algunas harinas (mashka, 7 semillas, etc), y en menor frecuencia frejoles, cebada, trigo, morón y miel. Estos alimentos en su mayoría estuvieron contenidos en bolsas, canastillas, “*balde con tapas*”, “*tazoncitos*” o “*taper con tapita*”; su almacenaje estuvo en los anaqueles o adobes, que estuvieron a más de 45 centímetros sobre el piso. Por otro lado, algunos que no contaron con anaqueles, por lo que los colocaron sobre la mesa familiar.

En los hogares católicos, los alimentos de mayor volumen son almacenados en el piso, los tubérculos se cercan, separados según alimento (papa, mashua, etc.), mientras que los cereales molidos estuvieron en sacos de tela o rafia, algunos los colocaron sobre adobes. Diferente a los católicos, los israelitas tuvieron los tubérculos y cereales en sacos o bolsas de rafias que estuvieron depositados sobre adobe, aunque unos cuantos los colocaron en el suelo. Algunos hogares católicos e israelitas contaron con *markas*⁴⁹ donde las familias secaban y almacenaban maíz, sin embargo, unos pocos almacenaron también sacos de otros alimentos (cebada, trigo, avena y maíz).

La mayoría de hogares israelitas y casi la mitad de los católicos almacenó chalona, que algunos durante su secado los colgaban en cordeles, mientras otros los tenían ya secos en canastillas o tapers. Algunos israelitas, utilizaron papel craf para cubrir la chalona, con la finalidad de preservarlo y mantenerlo seco. Por otro lado, los

⁴⁹ Se conoce como *markas* a los ambientes que se ubican en la segunda plata de la casa, cerca al techo. Estos ambientes son utilizados para secar y/o almacenar alimentos.

huevos son almacenados “...*en una canastillas o platillos...*” como comentó una católica de San Miguel de Rayme, mientras otros guardan “*el charqui y huevo... en una canasta colgante*”.

El almacenaje de alimentos dependió de la cantidad, variedad y presentación del mismo, que cambia en el transcurso del año y según calendario agrícola.

Los alimentos frescos o del día, más comúnmente usados fueron la zanahoria, zapallo, repollo, betarraga, tomate y cebolla china, en su mayoría fueron cosechados previo a la preparación de alimentos. Unas cuantas familias católicas e israelitas tuvieron estos alimentos almacenados en sus alacenas o *refrigeradores ecológicos*.

En las viviendas no se observó la presencia directa de productos contaminantes (insecticidas, productos de limpieza, abono, etc.) cerca a los alimentos almacenados, incluso algunas viviendas israelitas contaron con ambientes casi exclusivos para tal uso.

Finalmente, las viviendas son abastecidas casi en su totalidad por agua entubada. El caño de abastecimiento se encontró en el patio, es decir, a exteriores de la vivienda, pero dentro del terreno. Para el uso del agua en las preparaciones fue necesario su traslado, haciéndose uso de galoneras, baldes, bidones y jarras para su temporal almacenamiento, en su mayoría los recipientes estuvieron destapados; algunas familias católicas almacenaron agua desde el día anterior, por lo que estuvo expuesta a contaminación. A pesar que varios de los envases estuvieron aparentemente sucios, ninguno fue lavado previo a su uso.

C. Lavado de manos

El lavado de manos fue reconocido por las madres de ambas religiones como importante en la prevención de enfermedades y mantenimiento de la salud del niño y su familia. Fue común la asociación del lavado de las manos con limpieza de la persona. Para unas cuantas madres esta práctica es prioritaria en el cuidado infantil, como refirió una madre: “*es bueno, el lavado de manos es lo más importante, pos siempre estamos cogiendo cualquier cosita cada momento*”.

Las madres reconocieron 5 momentos para el lavado de manos: “*antes de cocinar*”, “*después de ir al baño*”, “*después de cambiar sus pañales*” y “*antes de comer*” o “*antes de hacer comer a los niños*”. Muchas madres con niños menores de 2 años

también reconocieron su importancia antes de “*dar lactancia a los bebés*”. Algunas MC manifestaron que el lavado de manos debe realizarse frecuentemente o como los dicen ellas: “*a cada rato*” o “*...en cualquier momento*”; por otro lado, unas cuantas madres refirieron realizarlo “*más que nada en las mañanas*”

“... Debemos lavar con agua y con jabón, secarnos adecuadamente. Después lavar las manos antes de cocinar, antes de hacer comer a los niños, después de hacer cambiar el pañal al bebé...cada vez que va comer...para [después de ir] al baño” (M, católica, EP)

Las madres refirieron realizar el lavado de manos con agua y jabón, destacaron la necesidad de utilizar el jabón para obtener sus beneficios en la higienización, por tal su presencia fue generalizada en sus viviendas, y su venta en las tiendas locales. Varias madres contaron con jabón de ropa e incluso detergente en reemplazo del jabón de manos.

Fue notable que las madres tuvieron acceso a información sobre esta práctica, y han sido capacitadas principalmente por el personal de salud, aunque muchas resaltaron la labor de PRONASAR, ONGs (Diaconía, Manuela Ramos y ACH), y JUNTOS. Por otro lado, varios israelitas manifestaron que en sus cultos religiosos también les hablaron escuetamente sobre esta práctica y su relación con la limpieza de la persona.

A pesar del conocimiento y actitudes favorables sobre esta práctica, su realización no estuvo acorde a lo manifestado.

Antes de preparar los alimentos, el lavado de manos fue realizado solo con agua por la mayoría de MC, aunque algunas de ellas lo hicieron con jabón, pero no en todas las preparaciones del día. Diferente a los católicos, la mayoría de israelitas se lavó las manos con agua y jabón, al menos en dos de las preparaciones, ello debido a que realizaban en simultaneo otros quehaceres que involucraron contaminación de sus manos.

Antes que el niño consuma alimentos, algunas católicas lavaron sus manos y la de sus hijos con agua y jabón, entre 1 a 2 veces durante ese día, aunque la mayoría también lo hizo solo con agua de 1 a 3 veces, y fueron pocas las que no lavaron las manos a sus hijos. En los niños menores de 12 meses se realizó con apoyo de vasijas, mientras que en los niños mayores se realizó con chorro de agua. Por otro lado, las israelitas se lavaron las manos con agua y jabón, 2 a 3 veces durante ese día, solo con agua de 3 a 4 veces, aunque la mayoría no le lavo manos a sus hijos.

En general, el lavado de manos con o sin jabón fue realizado principalmente durante las principales comidas (desayuno, almuerzo o cena), no prestando atención a las colaciones, que muchos de los niños lo realizan durante el pastoreo, cuya importancia es mayor pues existe mayores contaminantes en el campo.

Aunque algunas madres refirieron la importancia del lavado de manos *antes de brindar lactancia materna* aunque ninguna la realizó.

A pesar de la larga duración de las visitas en los hogares, la recolección de información tuvo limitaciones al reportar el *uso de las letrinas y su posterior lavado de manos* de las madres. Solo en unas cuantas se pudo observar esta práctica, que en su mayoría lavaron sus manos sólo con agua. Por otro lado, el lavado de manos después de cambiar pañales, más de la mitad de las católicas no lo realizó, en cambio las israelitas lo hicieron sólo con agua, aunque algunas lo realizaron con agua y jabón.

El uso de la letrina de los niños mayores a 24 meses, a pesar de su generalizada presencia en el distrito, fue poco, sus necesidades fueron realizadas en las chacras o a campo abierto. Las madres explican que los niños lo hacen así por falta de hábito, temor a caerse en el hueco ciego o temor a la oscuridad. En ellos, las madres los limpiaron y posteriormente ellas se lavaron las manos con agua y jabón, y sólo unas cuantas madres les lavaron las manos a sus hijos.

En todas las veces, la técnica utilizada para el lavado de manos en los 5 momentos identificados fue inadecuada, caracterizada por el poco tiempo empleado y la incorrecta cobertura de las superficies entre dedos, pulgar y dorso superior de la mano.

El secado de las manos posterior a su lavado, fue realizado con toallas o "*telas*", aunque también secan "*al aire*". El secado al aire fue generalizado en los hogares de toda la comunidad, pero algunas lo hicieron secándose en su falda o delantal, especialmente cuando van a tener contacto con el niño. Las manos lavadas de los niños, en su mayoría fueron secadas con la falda o delantal de la madre, aunque varias de las ellas los secaron en toallas, telas o franelas, principalmente cuando es menor a los 12 meses. La apesura de la madre, la edad del niño y la falta de hábito de utilizar toalla podrían suponer el por qué ellas utilizan su ropa para el secado de sus manos y de sus hijos.

D. Higiene en los alimentos

Las madres reconocieron la importancia del lavado de los alimentos para prevenir enfermedades, por lo que afirman realizarlo antes de prepararlos.

Las leguminosas (lentejas, frejoles, etc.) o cereales (arroz, trigo, etc.) previo al lavado eran revisados para retirar partículas extrañas como piedras, pasto u otros. Luego, fueron lavados mediante inmersión o remojo en agua por 1 a 2 veces. Muchas de las madres, durante el lavado revisan por segunda vez la presencia de más partículas.

Las madres católicas e israelitas lavaron las verduras y hortalizas mediante chorro y/o remojo. Cualquiera fuese la forma del lavado, el tiempo utilizado fue reducido, además del poco cuidado en la higienización, así mismo, ninguna realizó la desinfección de las verduras o frutas. Algunas refirieron haber escuchado la desinfección con el uso del “cloro” o “lejía”, pero no saben cómo realizarlo; otras expresaron temor por usarlo domésticamente para tales fines, ya que el “cloro hace daño también”.

Más de la mitad de las madres que lavó mediante remojo o inmersión, lo hizo en dos etapas: la primera, para lavar propiamente; la segunda para enjuagar, que dura alrededor de 6 a 8 segundos. Algunas madres reutilizaron el agua utilizada del primer lavado para lavar otras hortalizas o tubérculos (papa pelada, zanahoria, etc.)

“Bueno yo lavo primero las verduras antes de pelarlo, la papa si lo lavo completamente pelada lo que es la zanahoria, zapallito si lo lavo antes que picas también... [Las verduras] en tazón yo las lavo. Empozo en agua en el tazón, en una agua lo lavo y en otra la enjuago...” (E, Católica. EP)

Las frutas como palta, aguaymanto, tumbo, manzana y otros, no solieron ser lavados antes consumirlos, valga señalar que estos alimentos son cosechados en las chacras de forma silvestre, y al caerse o cortarse están sucios. Sólo algunas madres lavaron la manzana antes que sus hijos la comieran.

E. Tratamiento del agua para consumo

El tratamiento del agua es realizado por la Junta Administradora de Servicios y Saneamiento (JASS), que clora el agua desde los depósitos o tanques principales,

así como refirió una madre de San Miguel de Rayme: *“se clorura desde la toma misma por la Junta...”*.

La mayoría de madres indicó que se clora para reducir los microbios y suciedad, mientras que unas madres consideraron que el cloro *“limpia”* el agua de *“residuos de metales u óxidos”*, como comentó una madre israelita de Chilicruz: *“Aquí cloramos porque agua viene sucio, fierro oxidado en las estos (pozo y tuberías) ...donde cae la llave se oxida, la cloración la limpia”*. A pesar de atribuir beneficios a la cloración del agua entubada, también expresan temor al daño que puede producir su consumo, por lo que varias madres consideran que es necesario hervirlos previamente.

“clorado ya tiene el agua... ósea hay Junta que clorura desde la toma misma, pero hiervo porque el cloro hace daño también...” (F, Israelita. EP)

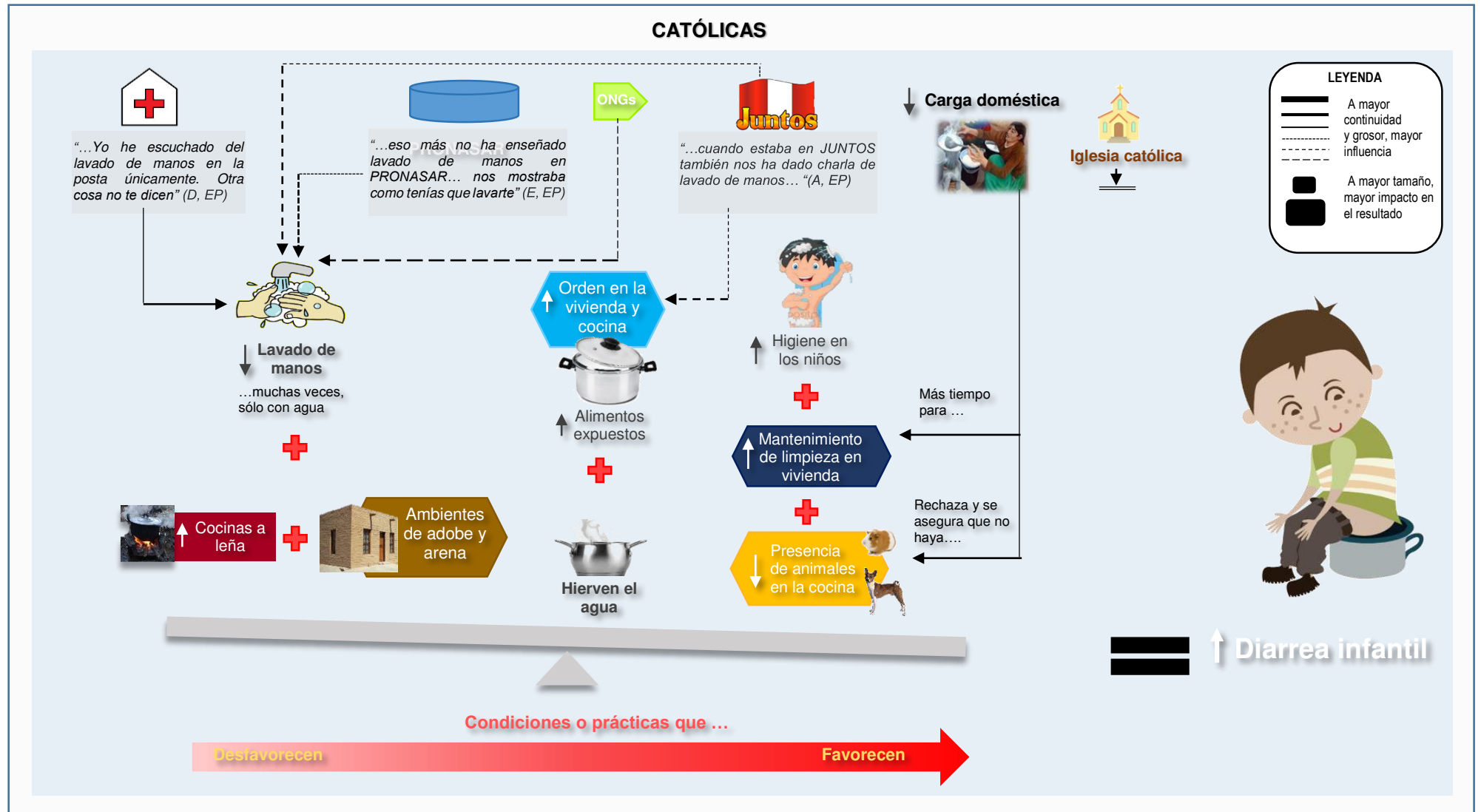
“Dicen que hay bastante microbio, y [con el clorado] se mueren pes señor. Es muy importante para la salud” (G, Israelita. EP)

Las familias de Carhuanca, hierven el agua antes de beberla, ya que, a pesar del clorado, consideran que aún existe presencia de *“bichitos”* y *“microbios”*. El hervido es percibido como el mejor tratamiento para eliminarlos, así como lo comentó una católica de San Miguel de Rayme: *“el hervido es bueno pe, porque ya no hay microbio ahí... porque si tomara agua sin hervir tendría bastantes bichitos”*

Ambos tratamientos fueron percibidos como importantes para la viabilidad en su consumo, aunque muchas madres consideraron al hervido como indispensable, ya que *“sin hervir no se puede tomar”*, por tal, es el único tratamiento realizado en las viviendas. Cabe indicarse que unas madres comentaron que el diferente o desagradable sabor del agua clorada también las obliga a hervirla.

“Esta agua potable es clorado... la hiervo también, hervido no más tomamos...cuando viene con cloro tiene otro sabor...” (E, católica. EP)

El considerar dañino al cloro, puede dilucidar una posible razón para evitar su uso como uno de los tratamientos del agua en el hogar o su uso en la desinfección de frutas y verduras, aunado a los hábitos anclados respecto a esas prácticas.



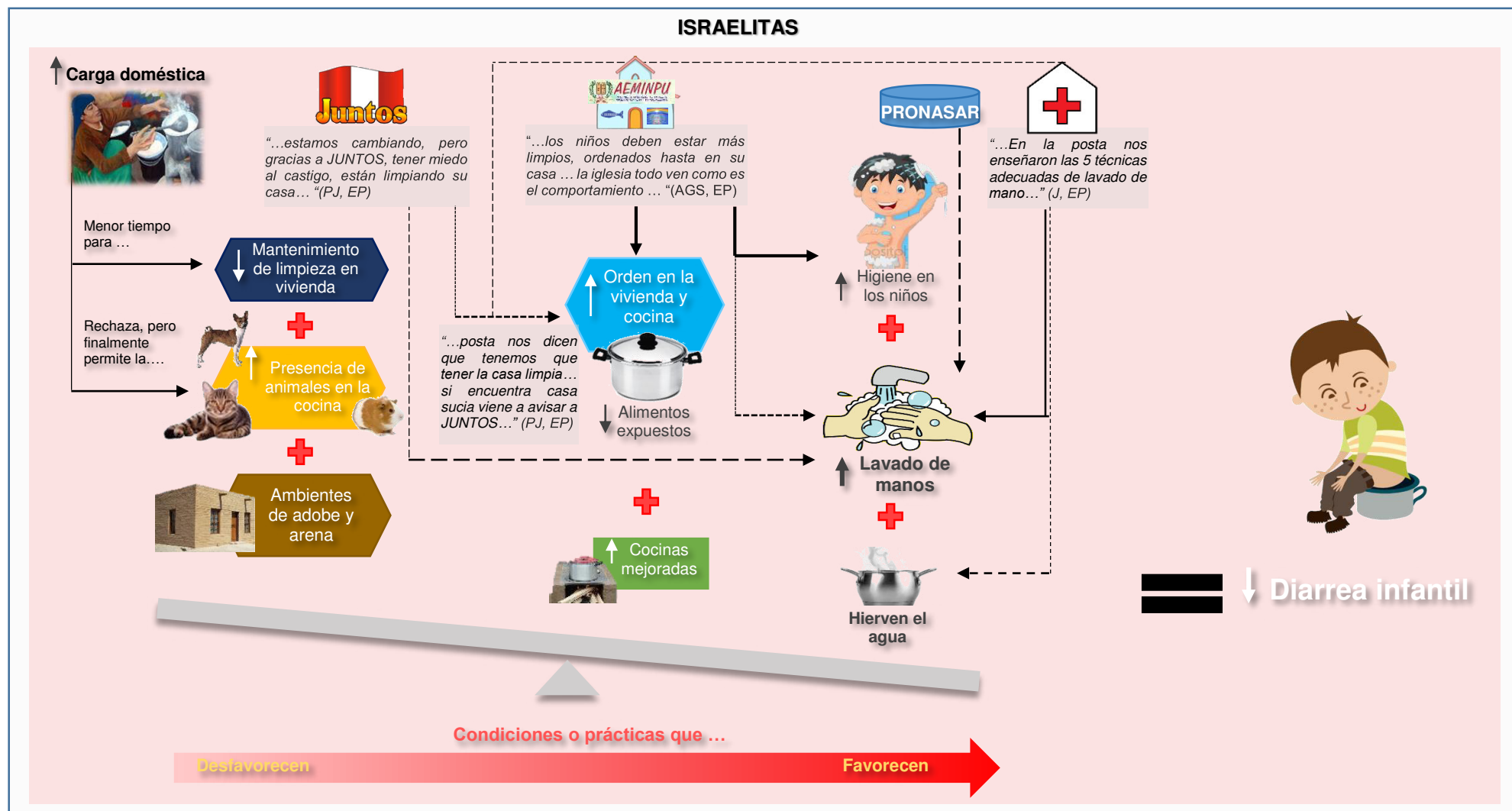


Figura N° 8: Higiene y los factores que la afectan según religión materna del niño

4.3 RELACIÓN E INFLUENCIA DE LA RELIGIÓN MATERNA EN LA SALUD Y NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS

Luego del análisis de la información recogida, se halló que existen semejanzas contextuales como el acceso de atención en salud, a información sobre alimentación, higiene y cuidado (proveniente de PS, PRONASAR y ONGs) y a programas sociales (PIN y JUNTOS). No obstante, se diferenciaron en algunas características demográficas, las familias católicas tuvieron menor número de miembros del hogar y sus madres fueron principalmente convivientes, entre 20 y 29 años y de NE de primaria a secundaria; mientras las israelitas, tuvieron familias más numerosas y casi la mitad tuvo 2 o más niños menores 5 años, y sus madres, principalmente casadas, tuvieron una edad mayor a 30 años y un menor NE, de primaria a menos.

La religión israelita como factor social influyó transversalmente en el proceso de la salud. Su doctrina involucra prácticas relacionadas al estilo de vida de la familia, que influyen en la crianza infantil, que fue transmitido por medio del discurso de los pastores y a través de textos bíblicos. Algunos conceptos en higiene y crianza afianzaron los referidos en salud, aunque en alimentación se contrapusieron, como sucedió con las prohibiciones de AOA (sangre, carnes, etc.)

Ante la presencia de más niños menores de 5 años en las familias israelitas, hubo competencia entre ellos para ser cuidados, aumentando el trabajo doméstico; ello redujo el tiempo dedicado a la crianza y generó estrés materno. Para cubrir la demanda de cuidado infantil, se compartió la responsabilidad con los hermanos mayores, en su mayoría, niños entre 5 a 10 años, que no pudieron cubrir las necesidades físicas y afectivas del infante; las católicas, eventualmente compartieron el cuidado, que recayó en las redes familiares.

El estrés materno de las israelitas, aunado a su poca tolerancia y a conductas poco sociables o apáticas, conformaron la base para cubrir ineficientemente la crianza del niño: menor respuesta en la atención, menor asistencia alimentaria, uso de lactancia como medio para tranquilizar ante necesidades no alimentarias, agresión verbal o física, entre otros.

La mitad de las madres atendió rápidamente a las molestias e incomodidades físicas, así como necesidades emocionales. Un menor tiempo para la crianza y un mayor estrés las israelitas conllevo a que muchas atendieran tardíamente, de forma incomoda o molesta; así mismo, limitó los estímulos de desarrollo a sus niños, cuyo tiempo de juego fue menor al de los católicos.

Al compararlos durante la crianza se observó que las católicas tuvieron actitudes y conductas más comunicativas y sociables, mientras las israelitas, se mostraron apáticas y poco comunicativas; su interacción con la dinámica familiar definió el estilo de alimentación, las católicas lo hicieron de forma responsiva - controladora, mientras las israelitas, permisivas e indulgentes.

La mayor disponibilidad de tiempo y la asistencia responsiva durante la alimentación del niño de MC fueron determinantes para que ellos consumieran mayores volúmenes de comida, así como de AOA, comparado a los de MI.

Las católicas e israelitas llevan a sus niños al control de CRED y reconocen la importancia de las preparaciones espesas y los AOA en el crecimiento infantil. No obstante, los israelitas al sentir protegida a su familia por Dios ante enfermedades y hambruna, sesgan su percepción sobre el estado de salud y nutrición de niño, sobrevalorando su crecimiento y consumo de comidas y de AOA.

Las viviendas estuvieron conformadas por adobe, su mayoría con piso de tierra, Al comparar lo viviendas, los israelitas las tuvieron con ambientes mejor delimitados y ordenados, y contaron con más cocinas mejoradas; las católicas, tuvieron ambientes de uso múltiple (cocina – comedor - dormitorio) y contaron con más cocinas con fogón a leña, lo que generó más humo en el ambiente donde muchas cuidan a su hijo, incrementando el riesgo a enfermedades respiratorias.

Las madres rechazan la presencia de animales, especialmente, el perro porque consideran que su pelo transmite enfermedades. Mientras las católicas los ahuyentan con mayor persistencia y eficacia, las israelitas lo terminan permitiendo, incluso se aceptó que los gatos estuvieran sobre la cocina, cerca de las ollas de comida.

El orden de las viviendas y la higiene de los miembros del hogar, incluido el lavado de manos, formaron parte de las prácticas recomendadas y vigiladas por la iglesia AEMINPU, que motivó sinérgicamente en su realización.

El lavado de manos representó una práctica protectora ante los factores contaminantes de las viviendas. Las católicas, se lavaron menos veces, y muchas lo hicieron sólo con agua, mientras, las israelitas, lo hicieron más veces con agua y jabón (o detergente). En conjunto con otras prácticas protectoras como la higiene personal y un mayor orden en la cocina podrían explicar la menor proporción de diarrea aguda en los niños israelitas en comparación a los católicos.

Pese a una mayor presencia de diarrea y riesgo de enfermedades respiratorias, hubo factores alimentarios y perceptivos que generaron más impacto en el crecimiento de los niños católicos, ello explicaría porque tuvieron una menor desnutrición crónica (14.3%); aunado a más estímulos por medio de juegos, nos muestra niños más activos y sociables, en comparación a los israelitas, que casi la mitad de sus niños estuvieron desnutridos (46.5%) y fueron menos activos

A continuación, se presentan los factores influyentes agrupados según nivel que afecta:

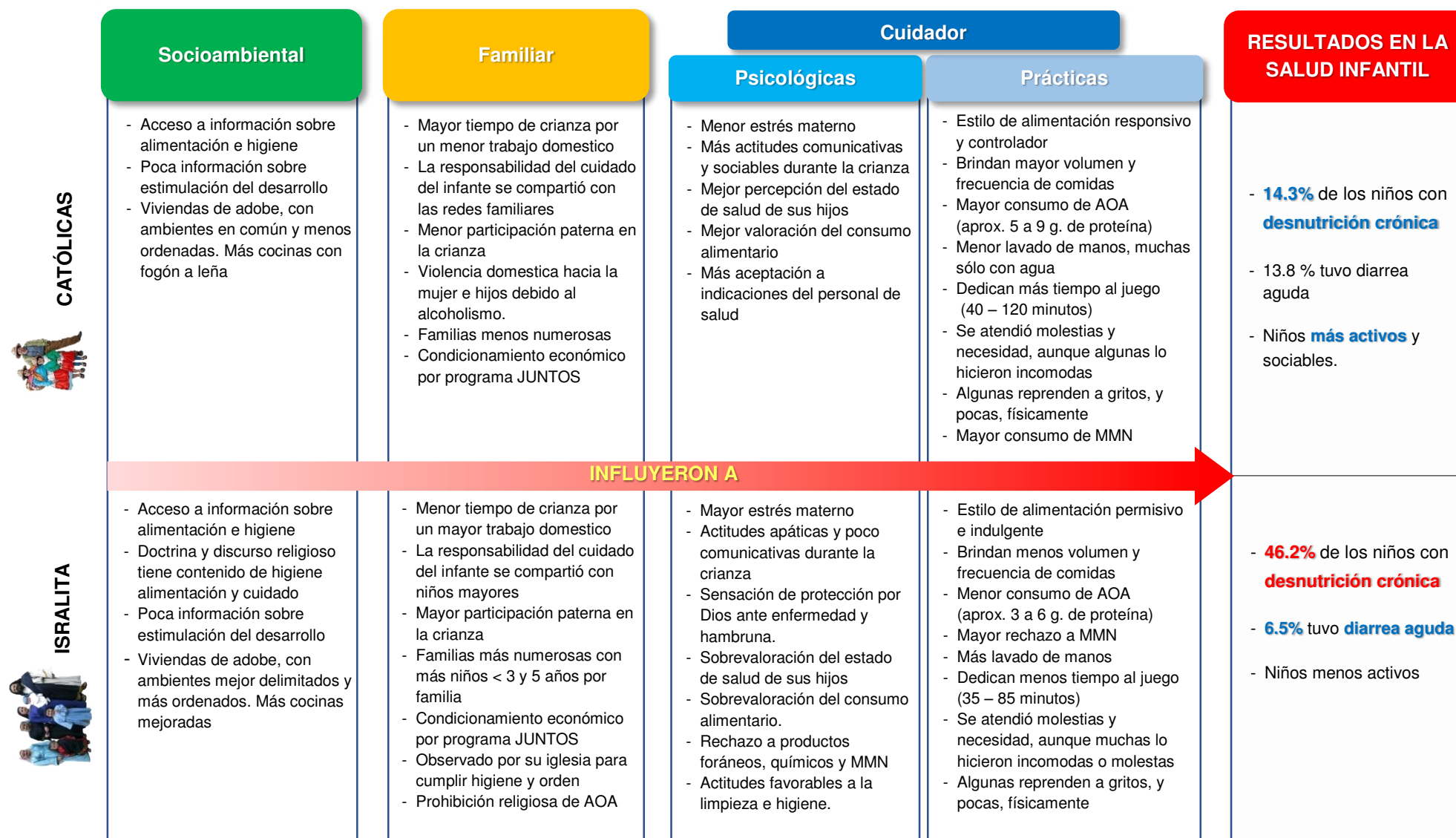


Figura N° 9: Factores socio-ambientales, familiares y del cuidador que afectan la salud de los niños de diferente religión materna.

V. DISCUSIÓN

La DC mostró diferencias notables entre niños de madres católicas (14.3%) e israelitas (42.9%), así como en su nivel de severidad; también lo fue al comparar los Z-score de talla para la edad. Ello contrasta a lo hallado por Arias L ⁽²⁵⁾ en una comunidad en Cuzco (1997), donde sólo se encontró ligeras diferencias entre niños menores a 5 años de las familias católicas (56%) y adventistas (50%), aunque fue notable en la desnutrición global, con 41 y 8 % respectivamente, asociándose estadísticamente, lo que difiere del presente estudio.

Entre los factores determinantes de la desnutrición infantil hallada entre niños y niñas de diferente religión, destaca la diferencia en la realización de prácticas adecuadas de alimentación infantil de los cuidadores católicos (64.2%) e israelitas (47.7%); observándose que los católicos brindaron mayor volumen y frecuencia de los alimentos y preparaciones, como también, mayores cantidades de AOA.

Según la Fundación Acción Contra el Hambre (2011), en su estudio del consumo alimentario en Vilcashuamán ⁽⁴⁴⁾, los niños de 6 a 23 meses no cubrían sus recomendaciones de energía, proteína y hierro biodisponible, cuyas adecuaciones fueron 38, 82 y 12 %, respectivamente. Ello debido a inadecuadas prácticas alimentarias como el preferir sopas en vez de comidas espesas, el no brindar cena o almuerzo, así como el poco consumo de AOA; pero que en el presente estudio fueron más observadas en familias israelitas.

A nivel provincial ⁽⁴⁴⁾, el 62% de los niños consume de 4 a más comidas al día, pero no todos llegan a consumir un almuerzo o cena, por lo que consumen más entre comidas. Durante el almuerzo, el 52% de los niños de 6 a 23 meses recibió “segundo”, mientras el 33%, sopas. Preocupantemente, sólo el 50% de ellos recibió cena, que en el 40% de los casos fue sopa. Semejantemente, el no cenar o almorzar generó un impacto negativo en el volumen alimentario, principalmente en los niños israelitas; por otro lado, a pesar que los niños católicos consumieron más sopas y líquidos, tuvo limitado impacto, pues consumen con mayor frecuencia preparaciones espesas. Esta diferencia conlleva a que la alimentación de los israelitas sea insuficiente para cubrir necesidades nutricionales, contribuyendo al desmedro. Existen estudios ^(33,45) que reportaron que el consumo de sólo dos comidas en niños es debido al arduo trabajo de campo, sin embargo, sólo justificaría a algunas familias.

El consumo de líquidos fue mayor en los niños católicos, ya que muchos de ellos se lo pidieron a sus madres, diferente a los israelitas, que no asistían las necesidades del niño, ello puede deberse a que los niños eutróficos consumen más líquidos debido a su mayor autonomía, pues expresan sus preferencias alimentarias y demás necesidades ⁽⁴⁶⁾.

Otras características importantes de la AC son la consistencia y la textura; la mayoría de madres o cuidadores las brindó predominantemente espesa o semi – espesa, que en mayores de un año se asemejó más a la textura de la olla familiar. El brindar preparaciones espesas y texturas adecuadas fueron determinadas por las percepciones maternas; positivas como el valor nutricional, y negativas como la menor digestibilidad y aceptación infantil, aunque la percepción de cómo mastica el niño, determinó la textura a utilizar. Estos factores fueron semejantes a las encontradas por Huamán y Vera (2013) ⁽⁴⁷⁾ en Cerro de Pasco.

El consumo de alimentos de origen animal es importante en la etapa de crecimiento porque provee nutrientes indispensables como la proteína alto valor biológico, hierro y zinc. Su consumo fue diferente según religión materna; más en cantidad que en frecuencia, pero que resulta sustancial al comparar el aporte proteico consumido entre niños católicos (5 a 9 g.) e israelitas (3 a 6 g.), considerándose insuficiente en las últimas para lograr un adecuado crecimiento. En Vilcashuamán ⁽⁴⁸⁾, el huevo de gallina fue el AOA más consumido (3.8 v/semana), que es congruente con los católicos, mientras que, los israelitas consumieron con más frecuencia la chalona.

Extrapolando el total de días de las leyes ceremoniales (sábado de reposo, luna llena y solemnidades) durante las cuales se prohíbe una gran variedad alimentos de origen animal (carnes, huevo o derivados), habría aproximadamente 66 días durante un año que se reduce la posibilidad de consumir las principales fuentes de AOA que aportan hierro y proteína de alto valor biológico, que incrementaría el riesgo de desnutrición de los niños israelitas. Si bien las familias católicas no tienen prohibiciones, restringen algunos alimentos que denominan como “pesados” o que pueden producir atragantamiento, lo que no afecta de forma trascendente en la variedad y calidad alimentaria para un menor de 36 meses.

El uso de la chalonga como alternativa ante la restricción alimentaria de AOA puede mejorar el estado nutricional de los niños israelitas, sin embargo, es necesario incrementar la frecuencia y su cantidad por día, para ello debe contarse con técnicas de preparación (mayor tiempo de remojo, etc.) que permitan mejorar su aceptabilidad

Si bien hubo una modesta diferencia en la frecuencia de consumo de carnes según religión materna, no fueron relevantes en el consumo de AOA altos en hierro como la sangre, hígado u otras vísceras. En Vilcashuamán ⁽⁴⁹⁾, el 82% de las madres refirió que sus hijos consumieron AOA fuente de hierro más de 3 veces durante esa semana, observándose que más de la tercera parte de los niños consumió carne de carnero como principal alimento fuente de hierro, y pocos, vísceras y sangre.

Entre varios factores del poco consumo de alimentos altos en hierro encontramos el difícil acceso a ellos, ya que hay poca disponibilidad de su venta y el sacrificio animal es infrecuente; así también, las creencias religiosas de orden restrictivo. Similarmente, en algunas comunidades de Huanta ⁽⁵⁰⁾, en Ayacucho, no hacen uso de la sangre cuando matan sus animales, entre las razones se documentó por índole religioso, aunque principalmente por pensar que a sus hijos no les gustan la sangre u otras partes del animal, pérdida del hábito o “*flojera*” de invertir tiempo para su preparación.

El uso de los multimicronutrientes (MMN) fueron reconocidos y relacionados débilmente con la prevención y tratamiento de la anemia, asociándolos principalmente a la ganancia de peso, crecimiento y desarrollo intelectual, que coincide con lo hallado en otros estudios en Ayacucho ^(49,50).

Las principales barreras para el uso de los MMN fueron las experiencias negativas por el desagrado y rechazo del niño, o molestias gastrointestinales asociados a la suplementación. En Vilcashuamán ⁽⁴⁹⁾, cerca de 30% de las madres asegura que el suplemento no tiene efecto alguno, y casi el 15% lo percibió como “*malo*” o lo asoció a algún efecto negativo en sus hijos. El rechazo al suplemento y a la comida que lo contiene, genera preocupación relacionándolo a un empeoramiento del estado nutricional del niño, también reportado por Gillespie y Rivera ⁽⁵⁰⁾, pero que además pone en discusión las resistencias conceptuales a las *chispitas* en relación a la anemia.

El cambio del esquema de suplementación trajo consigo confusión, hallándose dosificaciones incorrectas, debido a una inadecuada consejería en el uso del MMN por parte del Centro de Salud; también descrito en otros distritos de Vilcashuamán ⁽⁴⁹⁾.

A pesar de las diferencias en el consumo de alimentos fuente de los AOA y MMN en los niños de diferente religión materna, según la Fundación Acción Contra el Hambre (2012)⁽⁵¹⁾, en Vilcashuamán, no hubo diferencia importante en la presencia de anemia entre niños católicos (66.8%) e israelitas (68.2%), tampoco en sus niveles de severidad; en el 2017⁽¹⁹⁾, la anemia se redujo a 36.8%, aunque en Carhuanca fue 21.4%, el segundo distrito con menor proporción.

Entre otros factores más, existe un rechazo conceptual a lo foráneo o “*químico*” por parte de algunas familias, principalmente por las israelitas, que lo consideran dañino para el desarrollo “*intelectual*” del niño; así mismo, más de la mitad de ellos no reconoce su necesidad ya que se sienten protegidos por Dios. Del Pino y Portugal^(52,53) describen que existe desconfianza frente a ciertas prácticas indicadas por instituciones del Estado, entre ellas, la del consumo de los MMN, ya que al no saber qué contiene y porqué deben dárselos, le atribuyen un empeoramiento a la salud.

Una de las razones para que las madres asistan al CS para recoger los MMN, asistan al control CRED, entre otras prácticas, fue debido al “*temor al recorte*” de la subvención económica otorgada por el programa JUNTOS, referido principalmente por las israelitas; también descrito en otros estudios en Vilcashuamán y Huanta^(52, 53, 54). Contrario a ello, hubo más MC sensibilizadas, al menos en lo referente al control CRED, vacunación y atención en enfermedad del niño, semejante, pero en menor medida a lo reportado por Arroyo⁽⁵⁵⁾ en Chusqui.

Las madres católicas e israelitas dieron el calostro a sus niños, pero sólo el 81.3% lo hizo durante la primera hora de nacido el niño, cifra un poco menor a lo hallado en Vilcashuamán (87.6%)⁽⁴⁸⁾. Sin embargo, hubo un mayor tiempo entre el nacimiento y la primera succión de leche en los niños israelitas.

Las motivaciones para brindar calostro fueron diferentes según religión, para las católicas fueron los beneficios nutricionales y la prevención de enfermedades en el niño, mientras que, para las israelitas, no hubo propiamente una motivación, más bien fue la “*costumbre de alimentar*” o como lo expresaron ellas, porque “*tenía que darle*”.

Se ha descrito que a mayor nivel de educativo (NE) de la madre, menor proporción de LM durante la primera hora de nacido el niño⁽¹⁷⁾, que difiere de nuestro estudio, aun contrastando su religión. Similarmente, el nivel de riqueza se relaciona inversamente a

aquella práctica y la LME, pero Carhuana, al estar conformado principalmente por los dos últimos quintiles, no tendría implicancias relevantes respecto a él.

Las complicaciones de la madre o del recién nacido durante o posterior al parto, debido al mal estado de salud de la madre o del niño al nacer, podrían limitar la lactancia precoz, como se menciona en un estudio del CENAN ⁽⁵⁶⁾, que, para Ayacucho, diferente a otras provincias, tuvo más complicaciones relacionadas al niño, como “*no succiona*” o “*está enfermo*”, lo que retrasó el inicio de la lactancia. En Carhuana, el 12.4% de niños nació con bajo peso al nacer (<2500 g), observándose una notoria diferencia entre niños de madre israelita (20%) en comparación a la católica (7.7%) ⁽⁵⁷⁾. Acorde a ello, un personal de salud manifestó que los recién nacidos de MI eran “*más pequeños*”, lo que atribuía a su menor asistencia en los controles pre-natales.

La Lactancia Materna Exclusiva fue menor en los niños católicos (4 meses) que en los israelitas (5 meses), pero que difiere sutilmente de lo hallado en la fase cuantitativa del estudio. En Vilcashuamán (2011) ⁽⁴⁸⁾, el 14% de las madres introdujo algún alimento o bebida en la alimentación entre los 4 a 5 meses de edad del niño, a su vez, en Ayacucho, sólo 69.8% tiene LME, que ha tenido un ligero aumento del 2009 al 2016⁽¹⁷⁾.

Ambos grupos de madres coincidieron en los motivos para la introducción precoz de alimentos, infusiones o agüitas al niño; la primera relacionada al pedido del niño, “*porque se antojaba*” o “*ya quería probar*”, y la segunda, ante la presencia de enfermedad utilizaban infusiones para aliviar el “*dolor de barriga*” u otros malestares. Ello semejante a lo descrito por el CENAN en 5 provincias del país ⁽⁵⁶⁾, observándose que la percepción de la madre respecto a que “*el niño pedía*”, justificó el 53% de los casos de interrupción de LME.

Por otro lado, algunas MC mantuvieron la LME posterior a los 6 meses del niño, observado en aproximadamente el 10% de los niños de 6 a 8 meses en Vilcashuamán ⁽⁴⁸⁾ y Ayacucho ⁽⁵⁸⁾. El principal motivo para aplazar la LME fue el inicio fallido de la LM, con presencia de vómito, náuseas o rechazo de la comida, aunque unas cuantas introdujeron pequeñas cantidades de alimentos de forma irregular, es decir, mantuvieron una LM predominante.

Pese a las someras diferencias entre las prácticas de lactancia, los indicadores de LM adecuada mostraron con notoriedad una mayor realización en los niños de MC. Ello difiere de lo hallado en Bolivia (2003) ⁽²⁴⁾ en niños menores de un año que asistieron con

sus madres a hospitales en La Paz, donde el 74% de ellas eran católicas y el resto, protestantes o ateas, no encontrándose asociación entre la religión e indicadores de la LM.

La diarrea es una de las principales causas de malnutrición en los niños, y la frecuencia de sus episodios empeora su estado nutricional. El 11.3% de los niños tuvo diarrea durante las últimas dos semanas, semejante a lo hallado en Vilcashuamán (10.2%) ⁽⁴⁸⁾, pero que se diferencia entre católicos (13.9%) e israelitas (6.7%). Ello podría explicarse en la mayor práctica de higiene de los israelitas (78.6%) en comparación a los católicos (53.6%); aunque esta diferencia no fue significativa, concuerda con una mayor práctica del lavado de manos y actitudes positivas a la higiene personal de las familias israelitas. Si bien el lavado de manos fue muy promocionado por el personal de salud y agentes comunitarios, la incidencia religiosa pudo actuar como factor determinante en ellos, donde su discurso indica orden, disciplina y obediencia; similar a lo descrito por Tellez ⁽²¹⁾ en una comunidad colombiana.

El lavado de manos es una de las principales prácticas para prevenir las enfermedades diarreicas, por lo que, podría reducir el riesgo de desmedro. En tal sentido, en Vilcashuamán ⁽⁵⁸⁾, las madres que se lavaron sus manos antes de alimentar a sus hijos tuvieron menor proporción de DC (27.5 vs 34.0%), mientras que, aquellas que se las lavaron después de ir al baño, sólo tuvieron una ligera diferencia en la presencia de la desnutrición aguda. En nuestro estudio, a pesar de las prácticas higiénicas de los israelitas, ellos tuvieron mayor desnutrición infantil, lo que nos indicaría que hubo otros factores de mayor impacto en el estado nutricional de los niños.

Los factores sociales y psicológicos engloban a un conjunto determinantes que pueden afectar el estado de salud y nutrición de los niños, entre ellos, la concepción de la salud, percepción del estado nutricional, conocimiento en crianza del niño, relación entre organizaciones locales y las familias, entre otras. Para los israelitas, muchos de estos factores fueron influenciados por la cosmovisión religiosa, mientras que, para los católicos, la intrascendente presencia de su iglesia no tuvo alcance tangible.

La concepción de salud reflejó un modelo excluyente de “sano” y “no sano” en una dimensión que denominamos salud material, a su vez, para los israelitas se definió otra dimensión que denominaremos salud espiritual, que hace referencia al bienestar y satisfacción espiritual por su devoción religiosa; Este modelo excluyente concuerda con el planteado por Sureman y colaboradores ⁽⁵⁹⁾ en Bolivia (2004), que describe con

profundidad la etiología social de la enfermedad, cuyos agentes (naturales y sobre naturales) coexisten entre sí, e interactúan con los conceptos biomédicos occidentales. En Ayacucho ^(52,53) existe un sistema de conocimientos sobre el cuerpo, el alma y la naturaleza, que están estrechamente vinculados. Existen enfermedades asociadas (susto, pacha, entre otras) al entorno natural, espiritual y humano, cuyo síntoma más común es la diarrea, donde el lavado de manos no encuentra asidero en este sistema de causalidad.

Las dimensiones de la salud material y espiritual son semejantes a los elaborados por Tellez (2009) ⁽²¹⁾, cuyo vínculo explica su relación principalmente unidireccional. La salud espiritual está basada en la satisfacción espiritual, que se vincula al bienestar físico y psicológico, es decir, es necesario para alcanzar la salud material, ello en el marco de un Dios que protege o castiga. Esta doble metáfora, se refiere a que Dios brinda sanación y protección en la salud de las familias, aunque también puede castigar proveyendo enfermedad, que dependerá de la devoción, respeto y obediencia a las leyes u ordenanzas religiosas. Se ha descrito conceptos sobre lo inmundo o santificado en su cosmovisión, a su vez, prácticas relacionadas a la pureza o impureza, como la restricción o fomento de algunos alimentos; también detallados en el estudio Tellez ⁽²¹⁾ y fundamentado por Ortiz ⁽³⁸⁾

La percepción materna sobre el estado nutricional y de salud de los niños fue diferente según la religión materna, muchas israelitas restaban importancia a la desnutrición por percibir que sus hijos estaban sanos, además no percibían diferencias de crecimiento y riesgo alimentario al compararlos con los niños católicos. Entre los factores que influenciaron la percepción materna, encontramos ciertos conceptos locales de salud del niño, aunque los católicos vincularon el estado de salud a la alimentación, concepto transmitido por el personal de salud; mientras que los israelitas, fueron influenciados también por algunos conceptos religiosos. Bado, Varas y Medina (2007) ⁽⁶⁰⁾ muestran que las madres tienen una tendencia a sobreestimar el peso, pero aún más la talla de sus hijos. La participación en organizaciones comunales de apoyo social y la cercanía de su vivienda al centro de salud aumentó la percepción correcta de la desnutrición de sus hijos, mientras el nivel socio-económico y el analfabetismo no fueron trascendentes

La percepción de los israelitas de sentir protegida a su familia debido a su obediencia a Dios influenció en la percepción de cuidados en salud, subvalorando su importancia, lo que puede generar complicaciones en la salud del niño. Las MC relacionan más el adecuado peso y talla a la salud del niño, por ello, valoran más los controles de CRED.

Por otro lado, algunas israelitas refirieron que los niños “gorditos” y “coloraditos” son más sanos. Pese a que las madres consideran al peso y talla como referentes de la nutrición y salud de sus niños, el estado de ánimo es más relevante para ellas, independiente de la religión; algunas madres, principalmente israelitas, restan importancia a la desnutrición por considerar que sus hijos están de activos y de “*buen ánimo*”. Según Del Pino ⁽⁵²⁾, es difícil para las familias entender plenamente que la estatura y el peso son signos de riesgo que puede implicar insatisfacción alimentaria, a su vez, el estereotipo de desnutrición, en el que el niño está flaco, cansado y débil, no refleja la experiencia real de las personas, socavando la validez de los consejos del personal de salud acerca de la alimentación dentro de la comunidad.

Existen estudios que sugieren que la ausencia paterna en el hogar tiene un impacto negativo a corto y largo plazo en la salud, crecimiento y desarrollo psicosocial del niño. En el estudio de Kirk Dearden y cols ⁽⁶¹⁾ en Perú, comparó a los niños que estaban con su padre a diario o al menos una vez por semana durante su infancia, con aquellos que no lo veían regularmente; estos últimos tuvieron una talla para la edad más bajas, después de controlar factores como la edad materna, riqueza y otros factores contextuales. En los hogares israelitas, hubo mayor participación del padre en el cuidado y crianza, principalmente en la atención y alimentación del niño, mientras que, en los católicos fue más recreativo. Pese a una mayor ausencia de los padres católicos por trabajo, aparentemente no fue determinante para la desnutrición infantil.

El desarrollo de los lazos afectivos se realiza través de actitudes afectivas hacia los niños durante interacciones íntimas como la LM o cualquier momento del cuidado psicosocial que se dé cariño, afecto y atención ^(62,63). En los menores de dos años, la LM se caracterizó por ser un momento de interacción afectiva, sin embargo, fue afectado negativamente por preocupaciones relacionadas a la actividad doméstica o del campo. Cuando por trabajo o por otra razón la madre no puede cuidar al niño, la responsabilidad debe recaer sobre una persona adulta con capacidad de atender las necesidades del niño; en los hogares católicos, recayó en las redes familiares, mientras que, en los hogares israelitas fue en otros niños de mayor edad. De acuerdo a la teoría planteada en el estudio, la ausencia física y afectiva de la madre israelita durante quehacer diario, y la incapacidad de un niño para satisfacer las necesidades en un infante, podría conllevar a una insensibilidad parental, basado en la postura de Hennighausen y Lyons ^(40,64) sobre los aspectos ambientales y sociales de la interacción del binomio madre - niño.

El estrés materno influyó sobre la sensibilidad parental y el apego, a su vez, sobre las prácticas de cuidado y alimentación del niño, por ende, en su estado nutricional y de salud. La carga del trabajo doméstico y la competencia de cuidados entre niños menores a 5 años generaron mayor estrés en la cuidadora israelita. En tal sentido, Cortes y Méndez ⁽⁴⁵⁾ mostró como el estrés en la crianza afecta al estado nutricional de niños de 6 a 18 meses, observándose que las madres de niños desnutridos puntuaron más alto en los Índices de Estrés Parental (IEP) en comparación con los eutróficos.

Las MI presentaron más signos de estrés y actitudes poco comunicativas y sociales, que dificultó las expresiones afectivas durante la crianza y cuidado del niño. Ello se asemeja a lo hallado por Cortes y Méndez ⁽⁴⁵⁾, que refiere qué, el afecto expresado es inverso al puntaje del estrés materno y al número de estresores, mientras que la falta de entusiasmo en la atención del niño se correlacionó con la depresión. Por otro lado, Engle y cols. (1997) ⁽⁶³⁾ demostró que la actitud de la madre al alimentar al niño afecta el apetito y el consumo de alimentos del niño. Alimentar al niño con afecto tendrá un efecto positivo en la eficiencia de la digestión, la absorción de nutrientes y la utilización por parte del cuerpo.

En la mayoría de aquellas israelitas, la carga doméstica y el estrés afectaron su calidad de atención en el cuidado y alimentación del niño; en este último, muchas de ellas estaban atendiendo a otro miembro del hogar o haciendo trabajo doméstico, por lo que no asistieron adecuadamente a su niño. Muchas aplazaron el horario de comida, con poca persuasión y compresión si el niño estaba saciado, por lo que posiblemente consumía menos de lo necesario para satisfacer necesidades nutricionales. Esta situación es semejante a la observada por Dolores (2014) ⁽⁶⁵⁾, donde las madres dieron de comer a sus hijos por periodos intermitentes, porque estaban preocupadas por las labores de la casa, incluso algunas dejaron de alimentar a sus hijos por atender a su esposo u otros asuntos relacionados a la casa, terreno o animales. Así mismo, Cortez y Méndez ⁽⁴⁵⁾, encontró que los cuidadores de niños desnutridos tuvieron más frecuentemente conductas negligentes.

Los israelitas se caracterizaron por tener más hijos menores de 5 años por familia, en comparación a los católicos. En los primeros, se observó que en más de la mitad de sus familias hubo una competencia de cuidados o atención entre miembros del hogar. En el estudio de Dolores ⁽⁶⁵⁾, las madres multíparas, especialmente aquellas con más hijos, priorizaron el servido de la comida a otros miembros de la familia u otras obligaciones

antes de atender a sus hijos pequeños, aunque se preocuparon que sean atendidos, haciéndoles jugar con los hijos mayores o en algunos casos con el esposo.

Un factor que podría influir en el estilo de crianza es la violencia física y psicológica hacia la mujer, testimoniado en algunos hogares católicos, y atribuido al consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Aun el padre no haya agredido al niño, las madres perciben que ellos se “*asustan*” o “*trauman*”, por lo que, se les reduce el apetito o presentan somatizaciones como la diarrea. Gillespie y colaboradores ⁽⁵⁴⁾, encontraron la relación entre violencia y el consumo de alcohol, y su potencial impacto en la salud infantil; En climas de abuso y miedo puede haber menos alimentos, inseguridad y falta de apetito en el niño, a su vez, al socavar la autoestima de la mujer que tendría implicancias en cuidado del niño. Ante ello, Ramírez M. (2007) ⁽⁶⁶⁾, describe cambios en el comportamiento de los niños por prácticas de crianza inadecuadas que se relacionan a conflictos maritales, entre ellos el alcoholismo.

La estimulación del desarrollo abarca aspectos afectivos, comunicativos, recreativos y de protección. La estimulación a través del juego se dio principalmente de forma espontánea, y cuando se desarrolló dirigido por los padres, en su mayoría los estímulos no estuvieron de acuerdo a la edad. En general, las familias católicas dedicaron un mayor tiempo al juego, en comparación a los israelitas. Entre los problemas identificados por las madres fue la escasa información que brinda el personal de salud referente al desarrollo infantil y a los juegos o ejercicios que lo favorecen, por otro lado, solo unas pocas refirieron una evaluación de desarrollo a sus hijos, que según las directrices del MINSA debería ser una práctica de rutina en el control CRED.

El Centro de Salud fue reconocido por las familias como importante en las actividades de promoción de salud, principalmente en temas de alimentación e higiene, sin embargo, el mensaje sobre crianza, cuidado y estimulación fue percibido como escaso. pesar que la mayoría de madres recibió información en los CS, agente comunitario, promotor y personal de salud reconocen como limitante la falta de concientización en capacitarse, pero también el realizar prácticas saludables, conociéndolas. Algunos de ellos consideraron que los israelitas son más reacios a atender a sus hijos en CS, aunque aparentemente no existen diferencias importantes. El Centro de salud de Carhuana ⁽⁴⁸⁾ cuenta con un Plan Operativo Institucional y es uno de pocos que implementaron acciones para mejorar la calidad de la atención, información y comunicaciones con las comunidades. En la provincia ⁽⁴⁸⁾, el 68.4% del personal de salud menciona como principal dificultad la comprensión de la cultura local y el poco

respeto a sus costumbres, otros motivos que dificultaron la atención fue la religión, el idioma y la falta de confianza en el sexo opuesto en la atención.

Podría generarse la hipótesis de un desbalance energético causado por un mayor nivel actividad física de los niños comparado a las niñas, debido a posibles creencias de resistencia o vigorosidad en ellos, o debilidad o fragilidad en ellas, no habiéndoles facilitado una mayor autonomía; ambas ideas divergen de un estereotipo sexista ampliamente descrito en nuestro país.

Las principales limitaciones en la fase cuantitativa del estudio fueron el tamaño de muestra y el muestreo no probabilístico de los binomios madre – niño. A pesar de haberse realizado un censo en más del 90% de la población, solo se identificaron 50 niños, que fueron conformados por la mayoría de MI del distrito y todas las madres de las cuatro comunidades rurales. La reducida muestra limitó el análisis de otros factores. La muestra de madres observadas fue menor, lo que limitó su extrapolación en la población, aunque fue referente para el análisis mixto del estudio. En la fase cualitativa, hubo limitado acceso en algunas viviendas israelitas y a su culto religioso, lo que dificultó la recolección de datos.

Es necesario explorar y profundizar en las percepciones y prácticas de las familias con respecto a la equidad de género, permitiéndonos esclarecer las diferencias del estado nutricional y de salud, entre niños y niñas de las comunidades.

Finalmente, este estudio tuvo como fortaleza el diseño mixto, explicativo y secuencial, que permitió abordar la influencia religiosa desde una perspectiva holística. Mientras la investigación cuantitativa caracterizó sociodemográficamente y permitió evaluar las prácticas de alimentación, higiene y cuidado infantil como también el estado nutricional de los niños, comparándolos según su religión materna; la otra permitió conocer los procesos subjetivos (actitudinales, ideológicos, entre otros) y socioambientales que interactúan entre sí afectando el desarrollo del niño.

VI. CONCLUSIONES

- La desnutrición crónica en los niños israelitas (42.9%) fue notoriamente mayor al de los católicos (14.3%), así como en el nivel de severidad; a su vez, ellos se diferenciaron significativamente a través del z-score talla/edad. Existen factores alimentarios que justifican plenamente aquellas diferencias según religión materna.
- Se identificó que la percepción sobre el estado nutricional y de salud de los niños fue diferente según religión materna, hallándose que los israelitas restan importancia a la desnutrición crónica de los niños por percibir que están protegidos por Dios. Los católicos vincularon mejor el estado nutricional de los niños a conceptos locales en salud, así como los transmitidos por el personal de salud, mientras que los israelitas, fueron influenciados también por algunas creencias religiosas.
- Se diferenció significativamente la realización adecuada de las prácticas de alimentación según religión materna porque a los niños católicos se les brindaron mayor volumen y frecuencia de comidas, así como un mayor consumo de alimentos de origen animal.
- Se identificaron diferencias en los estilos de cómo dar de comer entre los niños de diferente religión materna. Hubo más madres católicas controladoras que responsivas, mientras en las israelitas, más indulgentes que poco involucradas.
- Se identificó en la cosmovisión israelita que se atribuye un valor simbólico a los alimentos, representando al pecado y la santidad, según ello, se acepta o se prohíbe su consumo en la alimentación, restringiendo el uso de alimentos importantes para el crecimiento infantil y prevención de la anemia como son la sangre, las carnes, el pescado y el huevo, así como sus derivados. Esta condición actuó más como un limitante en la variedad dietaria.
- Cuantitativamente, las prácticas adecuadas de cuidado e higiene fueron más realizadas en los hogares israelitas, sin embargo, no fueron significativas. Si bien las familias israelitas tuvieron más factores protectores como lavado de manos y

cocinas mejoradas en los hogares, no fueron suficientes para justificar las diferencias en el estado nutricional de los niños.

- En los hogares israelitas, además de los preceptos religiosos, existen otros factores sociales familiares como un mayor trabajo doméstico, y psicológicos como el estrés materno, que, al interactuar, influenciaron en el tiempo y la calidad de la crianza y cuidado brindado a los niños, caracterizado por poca atención, menos estímulos para su desarrollo y menor asistencia durante la alimentación, en comparación al grupo de madres católicas.
- La ideología religiosa de la Asociación Evangélica de la Misión Israelita del Nuevo Pacto Universal influyó en la crianza de los niños menores de 3 años, cuyos observancias o normas tuvieron incidencia en las prácticas de higiene y cuidado infantil, pero principalmente en la alimentación, que, a su vez, fue determinante para la presencia de la desnutrición en sus niños. Por otro lado, la iglesia católica, tiene vínculos débiles con la población teniendo una escasa influencia en sus prácticas y percepciones.

VII. RECOMENDACIONES

A nivel de Centros de Salud y Organizaciones no gubernamentales

- Capacitar a los profesionales de salud, agentes y promotores para que otorguen orientaciones en salud y nutrición en el marco intercultural.
- Involucrar a líderes religiosos locales en la problemática de salud infantil, ya que pueden actuar como colaboradores en las estrategias de salud.

A nivel de profesionales de la salud

- Reconocer y considerar las diferencias ideológicas, sociales y psicológicas de las madres de diferentes religiones, para que así, pueda brindarse una consejería más eficiente en alimentación, higiene y cuidado infantil, culturalmente aceptable y asertiva.

A nivel de investigadores

- Considerar para próximas investigaciones sociodemográficas regionales o a nivel nacional, el factor social religión como posible determinante de la salud y nutrición infantil.
- Explorar y trabajar investigaciones interdisciplinarias acerca de las diversas religiones que coexisten en nuestro país, permitiéndonos tener evidencia más clara y detallada de su influencia en las prácticas de crianza y su impacto en la salud y nutrición infantil, así como del desarrollo integral del niño, teniendo en consideración un enfoque social y familiar.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vega C. El factor religioso en el Perú actual. Cuestiones sobre religión y cultura en el tercer milenio. Centro de Estudios Regionales Andinos "Bartolomé de Las Casas", Cuzco; 2010
2. Jáuregui E. Prescripciones y tabúes alimenticios: El papel de las Religiones. Barcelona; 2009. p. 3 – 5
3. Contreras H. Antropología de la Alimentación. Cap. Creencias religiosas y dietéticas. Madrid: Eudema; 1993. p. 37- 50.
4. Contreras H, Gracia A., Alimentación y cultura. Barcelona: Ariel; 2005.
5. Contreras H. Alimentación y Religión. Humanitas, Humanidades Médicas. Madrid; 2007 p. 4 - 20
6. Alvarado B. Pensamiento Católico y Sincretismo Religioso: Notas para una Historia de la Comprensión de lo Religioso por parte de la Intelectualidad Católica Latinoamericana en las Últimas Décadas. II Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia, Chile. 1995.
7. Scott, Kenneth D., Los Israelitas del Nuevo Pacto Universal: Una historia. Ediciones Pusel. Perú. 1990. Disponible en:
https://publicaciones.banrepcultural.org/index.php/boletin_cultural/article/view/7529
8. Lucumi L.. Tras la tierra prometida en la Amazonia: la Asociación Evangélica Israelita del Nuevo Pacto Universal. *Boletín Cultural y Bibliográfico*, 49(89), Colombia. 2016 p.87-101. Disponible en:
https://publicaciones.banrepcultural.org/index.php/boletin_cultural/article/view/7529/7907
9. Puigvert P. Los cristianos nominales. Revista Edificación Cristiana. Madrid, España. 2010. Disponible en:
<http://www.edificacioncristiana.com/conferencias/iglesia/pag9-11.pdf>
10. Latinobarómetro. Las religiones en tiempos del Papa Francisco. Informe sobre religiones. Santiago de Chile, Chile. 2014 P. 5 – 30. Disponible en:
<http://www.latinobarometro.org/latNewsShow.jsp?Idioma=724&ID=135>
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos nacionales de Población y vivienda. Perú; 1993
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos nacionales de Población y vivienda. Perú; 2007
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Fondo de la Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Mapa de pobreza Provincial y Distrital. Lima 2009.

14. Programa de las Naciones Unidas por el Desarrollo (PNUD). Mapas de pobreza 2006. Índice del Desarrollo humano a escala distrital por departamentos, Perú; 2005.
15. Programa Mundial de Alimentos (PMA). Mapa de Vulnerabilidad a la Desnutrición Crónica Infantil. Peru; 2007. p. 32
16. Centro de Culturas Indígenas del Perú - Chirapaq, Fundación Acción Contra El Hambre. Proyecto: Combatir la Desnutrición Infantil en la Sierra Central del Perú. Capítulo Desnutrición y Anemia. Informe Técnico Complementario de Línea de Base 2009. Vilcashuamán; 2010
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Informe ejecutivo. Lima; 2017.
18. Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Sistema de información del Estado Nutricional (SIEN). Proporción de indicadores nutricionales en menores de 3 años que acceden a los establecimientos de salud según departamento, provincia y distrito del Perú, 2016. Perú; 2017
Disponible en: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/cenan/cenan-c2/vigilancia-alimentaria-y-nutricional/sistema-de-informacion-del-estado-nutricional>
19. Fraser E. Associations among diet and cancer, ischemic heart disease, and all-cause mortality in non-Hispanic White California Seventh-day Adventists. *Am J Clin Nutr.* 1999
20. Binkley J, Fraser E. Diet, Life Expectancy, and Chronic Disease: Studies of Seventh-day Adventists and Other Vegetarians, *Am J Clin Nutr.* 2004
21. Tellez M. El cuidado de la vida y la salud en una comunidad religiosa en la Amazonia colombiana. Universidad Federal de Bahía – Instituto de Salud colectiva. Brasil; 2009
22. Shamima A., Mizanur R., Duration of Breastfeeding and Its Correlates in Bangladesh. *J Health Popul Nutr* 2010; 28 (6) :595-60
23. Burdette AM, Pilkauskas NV. Maternal Religious Involvement and Breastfeeding Initiation and Duration. *American journal of public health.* 2012;102(10):1865-1868.
Disponible en <https://cortez/www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3490661/>
24. Ludvigsson F. Breastfeeding intentions, patterns, and determinants in infants visiting hospitals in La Paz, Bolivia. *BMC Pediatrics*; 2003
25. Arias L., Diferencia del estado nutricional de las familias adventistas y católicas en la comunidad de Callatiac, Cuzco. Tesis para optar el título de Licenciado en Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima; 1997
26. Núñez N., Presencia protestante en el altiplano peruano, Puno 1898-1915. El caso de los adventistas del Séptimo Día: Actores y Conflictos. Puno; 2008
27. Hernández S. Metodología de la Investigación. 4ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México; 2008.
28. Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. OPS. Washington D.C; 2006.

29. Hernandez J, Herrera L, Martinez R, Páez J, Páez M. Generación de la Teoría Fundamentada. Universidad de Zulia. Facultad de Humanidades y Educación. Doctorado en Ciencias Humanas. Venezuela; 2011. p. 18
30. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Conclusiones de la reunión de consenso. Washington DC, EE.UU; 2007
31. OMS, UNICEF. Protección institucional y legislativa de la lactancia la iniciativa hospital amigo de los niños (IHAN), 1999.
32. Ministerio de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Norma técnica valoración nutricional antropométrica para la etapa de vida niña y niño. Lima; 2004
33. Callo Q. Conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición de niños menores de 5 años en madres participantes y no participantes de sesiones educativas en Paucará, Huancavelica 2009. Tesis para optar el Título de Licenciado en Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú; 2009
34. Patrice L., Purnima M., Lawrence H., Care and Nutrition. Concepts and Measurement. International Food Policy Research Institute. 1997
35. Tamayo J. Fundamentalismos y diálogo entre religiones. Ed Trotta. Madrid; 2004
36. World Health Organization. Complementary Feeding of Young Children in developing countries: A review of current scientific knowledge. 1998
37. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lineamientos de Nutrición Infantil. Lima; 2004
38. Ortiz R. Libro de Predica: Estudios Bíblicos del Maestro Ezequiel Ataucusi Gamonal. Iglesia Quito, Luz del Mundo. Quito; 2012
39. Marrone M. La teoría del Apego. Un enfoque actual. Ed. Psimatica. Madrid; 2001
40. Van I. El Apego durante los primeros Años (0-5) y su impacto en el Desarrollo infantil. En Apego: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; Países bajos; 2010. p.1-5.Disponible en: <http://www.encyclopediainfantes.com/sites/default/files/dossierscomplets/es/apego.pdf>. Consultado [2 de febrero de 2016].
41. Mora C. Manual de protección a víctimas de violencia de género. Editorial Club Universitario. Alicante; 2008. p. 90
42. Villacampa E. La violencia de género: aproximación fenomenológica, conceptual y a los modelos de abordaje normativo. En Villacampa Estiarte, Carolina. Violencia de género y sistema de justicia penal. España; 2008. p. 25 – 86
43. Ríos I. Clínica psicosomática: Falta de sí, Espectros del Psicoanálisis. España; 2008. p. 110 - 120

44. Fundación Acción Contra el Hambre. Aproximación al Consumo de alimentos y prácticas de alimentación y cuidado infantil en niños de 6 a 23 meses de edad. Vilcashuamán, Ayacucho; 2012
45. World Food Programme. Proyecto Piloto Integral Educativo nutricional en Huancavelica. Construyendo participativamente un modelo educativo nutricional, 2005-2006. Huancavelica; 2007.
46. Cortes M., Mendez L. Parental stress, mealtime dyadic interactions, and undernourishment in the complementary feeding period. Journal of Behavior, Health and Social Issues. Vol 3 Num 2. México; 2012. p. 113 - 125
47. Huamán D, Vera R. Representaciones sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años, Cerro de Pasco. Tesis para optar el Título de Licenciado en Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú 2014.
48. Fundación Acción Contra el Hambre. Diagnóstico de los determinantes de la desnutrición crónica infantil en la provincia de Vilcashuamán, Ayacucho. Perú; 2012
49. Laveriano S, Tarazona M. Factores que intervienen en el proceso del Programa de Suplementación con Multimicronutrientes a nivel de establecimientos de salud y madres de familia de la provincia de Vilcashuamán. Tesis para optar el Título de Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú; 2013.
50. Gillespie B, Rivera L. La anemia por deficiencia de Hierro desde un enfoque cultural. Conceptos locales y técnicas ancestrales. Fundación Acción Contra el Hambre. Ayacucho; 2012. P. 6 - 8
51. Fundación Acción Contra el Hambre. Línea de Base de Anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses en Vilcashuamán. Programa Sumaq Kausay. Ayacucho; 2012
52. Del Pino, Torrejon S, Portocarrero M, Del Pino E, Aronés M, Portugal T. El Contexto cultural de la desnutrición infantil: Hallazgos y Líneas de Acción. Fundación Acción Contra el Hambre. Serie Cultura y Nutrición. Perú; 2012
53. Portugal T, Aronés M , Del Pino E, Torrejón S, Mena E. Repensar la desnutrición. Infancia, alimentación y cultura en Ayacucho, Perú. Acción Contra el Hambre - Instituto de Estudios Peruanos. Perú; 2012
54. Gillespie, Choquehuanca S, Salazar G et al. Línea de Base Sociocultural. Programa para combatir la Desnutrición infantil en la Sierra Central del Perú. Acción Contra el Hambre. Vilcashuamán, Ayacucho; 2010
55. Arroyo J. Estudio cualitativo de los efectos del programa Juntos en los cambios de comportamiento de los hogares beneficiarios en el distrito de Chuschi: Avances y evidencias. Programa Nacional de Apoyo directo a los más pobres Juntos. Perú; 2010

56. Centro Nacional de Nutrición y Alimentación. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación y nutrición en madres de niños menores de tres años, gestantes y escolares. Ministerio de Salud, Instituto de Salud. Perú; 2004.
57. Fundación Acción Contra el Hambre. Base de datos de la Línea de Base cuantitativa del Programa Sumaq Kausay. Vilcashuamán, Ayacucho; 2011
58. Dirección Regional de Salud de Ayacucho. Línea de base de desnutrición infantil y determinantes de la pobreza 11 provincias y 111 distritos de la región Ayacucho; Consejo Regional de Lucha contra la Pobreza y la Desnutrición Infantil, 2008 -2009. Ayacucho; 2009.
59. Sureman E, Lefèvre P, Rubín C, Sejas E. Miradas Cruzadas en el niño. Institut français d'études andines. Lima, Perú; 2003
60. Bado P, Varas C, Medina G. Percepción materna del estado nutricional infantil de niños menores de tres años en el distrito de Ocongate, Cusco. Instituto de Seguridad Alimentaria y Nutricional. PAEDIATRICA Vol. 9, Nº 2. Lima, Perú; 2007.
61. Dearden K, Crookston B, Madanat H, West J, Penny M and Cueto S. ¿What difference can fathers make? Early paternal absence compromises peruvian children's growth. Maternal & Child Nutrición, Vol 9, Issue 1; 2013. p.143 - 154
62. Ministerio de Salud, USAID Perú, UNICEF. Programa Buen inicio de la Vida. Estimulación del Desarrollo. Perú; 2006. p. 49-50.
63. Engle L, Memon P, Lawrence H. Care And Nutrition: Concepts And Measurement. World Development. Volumen 27, Número 8, 1999. pag 1309-1337
64. Hennighausen K, Lyons R. Desorganización de las estrategias de apego en la infancia y la niñez. En Apego: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; Países bajos; 2010. p.1-5. Disponible en: <http://www.encyclopediainfantes.com/sites/default/files/dossierscomplets/es/apego.pdf>. Consultado [marzo de 2016].
65. Dolores M. Alimentación perceptiva en niños desde los seis a 24 meses de edad en el distrito de Cochamarca, Oyón – Lima. Tesis para optar el título de Licenciada en Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima., Perú 2014
66. Ramírez M. Los padres y los hijos. Variables de riesgo. Educación y Educadores. Universidad de La Sabana. Vol. 10, núm. 1. Colombia; 2007. p. 27-37. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83410104>

IX.ANEXOS

Anexo N° 1



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina – EAP Nutrición

Fundación Acción Contra el Hambre
Base Vilcashuamán - Ayacucho



Código			
	Comunidad	Hogar	Niño

Fecha			
-------	--	--	--

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIALES Y DE SALUD

Esta entrevista servirá como apoyo para nuestro estudio. Le aseguramos que la información que nos brinde será confidencial. Esperamos que su respuesta sea sincera, le agradecemos por su colaboración.

- Nombre de la madre: _____
- Edad (madre): _____
- ¿Ud. Habla?: Sólo quechua () Sólo castellano () Ambos () Otros ()
- ¿Hace cuanto vive en la comunidad? _____
- Cuál es su estado civil?: Soltera/separada () Conviviente () Casada () Divorciada () Viuda ()
- ¿Hasta qué grado estudió?: No estudió () Primaria () Secundaria () Superior técnica/universitaria ()
- ¿A qué religión pertenece Ud.?: Católica () Israelita () Otro _____
- ¿A qué religión pertenece su familia?: Católica () Evangélico-Israelita () Otro _____
- ¿Hace cuánto tiempo pertenece a esa religión? _____
- ¿Cuántos hijos tiene?: _____ menores de 3 años _____ menores de 5 años _____
- ¿Cuál es el nombre y apellido de sus hijos menores de 3 años? (fecha de nacimiento/ edad en meses)
_____/_____/_____
_____/_____/_____
- ¿Su hijo tuvo diarrea durante las últimas dos semanas? Si () ¿Quién? _____ No ()
- ¿Ha recibido alguna capacitación o consejería sobre alimentación? Si () [Marcar que temas] No ()
Alimentación Infantil () Alim. Balanceada () Anemia () Lactancia materna () Otra _____ No recuerda ()
¿Quién le enseñó esos temas? _____ ¿Dónde? _____
- ¿Ha recibido alguna capacitación o consejería sobre higiene? Si () [Marcar que temas] No ()
Lavado de manos () Vivienda saludable () Uso de letrinas () Otro _____ No recuerda ()
¿Quién le enseñó esos temas? _____ ¿Dónde? _____
- ¿Ha recibido alguna capacitación o consejería sobre cuidado infantil? Si () [Marcar que temas] No ()
Estimulación temprana () Crianza de hijos () Castigo () Otro _____ No recuerda ()
¿Quién le enseñó esos temas? _____ ¿Dónde? _____
- ¿Ud. Recibe? (Marcar según entrevistado y anotar cuanto recibe por mes):
Chispitas () Papilla del PIN () Vaso de leche () Apoyo económico de Juntos () Otro _____ No recibe ninguno

OBSERVACIÓN: _____

Código Entrevistador		
----------------------	--	--

Resultado	Completo	Rechazo	Ausente
-----------	----------	---------	---------

ENCUESTA SOBRE PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA

R: Realiza NR: No realiza

N°	Pregunta de práctica que realizó durante la lactancia	R	NR	Observación									
1	¿Le dio Ud. a (nombre del niño) la primera leche de su pecho, o también llamada calostro? Si la respuesta es SI, marcar R												
2	<p>¿Después que nació (nombre del niño) ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el momento del parto hasta la primera succión?</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Horas</td> <td>Minutos</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Si el tiempo es: < 1 hora marcar R ≥ 1 hora, marcar NR</p>					Horas	Minutos						
Horas	Minutos												
3	<p>¿Hasta qué edad le dio sólo pecho a (nombre del niño), sin agüitas, mates u otras leches? (al menos 1 onza)</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Meses</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Si la respuesta es 6 meses (± 1 semana), marcar R</td> </tr> </table>		Meses	Si la respuesta es 6 meses (± 1 semana), marcar R									
	Meses												
Si la respuesta es 6 meses (± 1 semana), marcar R													
4	<p>¿A las cuantas horas, días o meses de nacido (nombre del niño) consumió por primera vez alguna agüita, alimento o preparación?</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Horas</td> <td>Días</td> <td>Meses</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Si la respuesta < 6 meses (-1 semana), marcar NO</td> </tr> </table>				Horas	Días	Meses	Si la respuesta < 6 meses (-1 semana), marcar NO					
Horas	Días	Meses											
Si la respuesta < 6 meses (-1 semana), marcar NO													
5	<table border="1"> <tr> <td>Si es menor de 2 años</td> <td rowspan="2">¿Sigue lactando (nombre del niño)?</td> <td>- SI marcar R.....Preguntar ¿Hasta qué edad le dará de lactar? _____ - NO (marcar NR) ¿Hasta qué edad le dio de lactar? _____</td> </tr> <tr> <td>Si es mayor de 2 años</td> <td>- SI (marcar NR) - NO.... Preguntar: ¿Hasta qué edad le dio de lactar? Si responde 2 años (± 2 semanas) → marcar R</td> </tr> </table>	Si es menor de 2 años	¿ Sigue lactando (nombre del niño)?	- SI marcar RPreguntar ¿Hasta qué edad le dará de lactar? _____ - NO (marcar NR) ¿Hasta qué edad le dio de lactar? _____	Si es mayor de 2 años	- SI (marcar NR) - NO.... Preguntar: ¿Hasta qué edad le dio de lactar? Si responde 2 años (± 2 semanas) → marcar R							
Si es menor de 2 años	¿ Sigue lactando (nombre del niño)?	- SI marcar RPreguntar ¿Hasta qué edad le dará de lactar? _____ - NO (marcar NR) ¿Hasta qué edad le dio de lactar? _____											
Si es mayor de 2 años		- SI (marcar NR) - NO.... Preguntar: ¿Hasta qué edad le dio de lactar? Si responde 2 años (± 2 semanas) → marcar R											

Código Entrevistador

Resultado Completo Rechazo Ausente

Anexo N° 2



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina – EAP Nutrición

Fundación Acción Contra el Hambre
Base Vilcashuamán - Ayacucho



REGISTRO DEL MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

Comunidad: _____

Nombres del antropometrista / auxiliar: _____ / _____

N°	Cod	Nombre y apellido del niño	Nombre y apellido de la madre	Fecha de evaluación	Fecha de nacimiento	Edad (meses)	Peso			Talla (cm)	Dx P/T	Dx P/E	Dx T/E
							Peso con ropa (kg)	Descuento por ropa (kg)	Peso neto (kg)				
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

Anexo N° 3



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina – EAP Nutrición

Fundación Acción Contra el Hambre
Base Vilcashuamán - Ayacucho



Código			
	Comunidad	Hogar	Niño

Fecha			
-------	--	--	--

FICHA DE OBSERVACIÓN DE PRÁCTICAS DE ALIMENTACION, HIGIENE Y CUIDADO INFANTIL

Nombre de la madre _____ Religión: _____

Nombre del niño: _____ Edad del niño: _____

Alimentación Complementaria (6- 23 meses)

R= Realiza NR=No realiza

Práctica (Verificable)	R	NR	Observaciones
1. Continúa amamantando al niño mayor de 6 meses de edad			Registrar cuantas veces al día da lactancia, y describir la interacción y expresiones
2. El niño consume alimentos según volumen requerido para la edad * # 6 meses: 4 a 6 cucharadas (1/2 tza) 7-8 meses : 9-15 cda (1 ½ tza) 9-11 meses: 20 -28 cda (4 tzas) 12-23 meses: 35 - 50 cda (7 ½ tza)			Anotar volumen en medidas caseras (1/2 taza, ¼ plato tendido, 1 unidad, etc.) en el registro
3. Brinda con una textura adecuada de acuerdo a la edad.* 6 – 7 meses: El niño está empezando a comer, con alimentos tipo puré o mazamorra 9 -10 meses. Picado fino y purés gruesos 11 meses : Picado grueso y fino 12 -23: Semejante al de la olla familiar			Describir la textura de los alimentos brindados.
4. El niño usa biberón **			Anotar si usa biberón, cuantas veces lo usa y las condiciones de uso
5. La consistencia de las preparaciones brindadas es de predominio espeso o semi-espeso *#			Verificar la consistencia de los alimentos y preparaciones.
6. Da número de comidas al día según edad del niño* 6 meses: 1 - 2 veces 7-8 meses : 2 - 3 veces 9-11 meses: 3 – 5 veces 12-23 meses: 4 - 6 veces			notar cuantas veces come y duración de la toma alimentaria
7. Agrega 1 de cda. de aceite/mantequilla/ margarina			Anotar en qué preparación y toma alimentaria
8. Da al niño alimentos de origen animal como carne, vísceras o huevo (al menos 1 cuchara A1 de Carne cocida, 1 huevo cocido, o equivalentes a 5 gr de proteínas para niños de 6 – 11 meses, o 6.5 gr de proteína en niños mayores a los 12 meses)			Anotar el nombre del alimento y la cantidad en medida casera de la porción (trozo, cucharada)
Leche (no materna) o queso (al menos porción de 20 gr) al menos 1 vez al día. (Opcional / usos mayores de 12 meses)			Anotar el nombre del alimento y la cantidad en medida casera de la porción (trozo, cucharada)
9. Da al niño dulces, gaseosas, comida poco saludables (Chatarra) **			Anotar nombre del alimento , cantidad y frecuencia

Estado nutricional, prácticas de alimentación, cuidado e higiene entre niños de diferente religión materna, Carhuanca, Ayacucho 2012

10. Hace preparaciones con al menos un alimento de cada grupo (energético, constructor, regulador) durante el día #			Anotar que alimentos y preparaciones
11. A partir del 1 año del niño la comida es de la olla familiar			Anotar si hubiese otro alimento que no consuma el niño
12. Le brinda primero la preparación más espesa ("segundo") <i>Solo para mayores de 12 meses</i>			Describir que alimento brindó primero en las principales tomas alimentarias.
13. Los refrigerios (colaciones) son fruta (al menos 1), mazamorra, cereales, etc.			Anotar cuales fueron los refrigerios
14. Consume de papilla fortificada (PIN) <i>(Opcional, verificar si recibe)</i> <i>Menores de 12 meses: >4 cucharadas</i> <i>12 a 23 meses: >6 cucharadas</i>			Anotar cuantas cucharadas preparada consumió el niño, si es de uso exclusivo para el niño objetivo y la forma de preparación
15. Consume el multimicronutrientes <i>(Opcional, verificar si recibe)</i> <i>Mezclado en 2 a 3 cucharadas de comida y de consumo inmediato)</i>			Describir como se usó el MMN y cuanto se consumió de la porción fortificada.
16. No consume inhibidores de hierro <i>(infusiones, café, gaseosa)</i> 1 hora antes o después de comer			Que inhibidores consumió
Describir otras prácticas identificadas			

Estilo de alimentación (6-35 meses)

Práctica (Verificable)	R	NR	Observaciones
1. La madre o cuidadora acompaña y asiste al niño durante su alimentación			Describir como de qué forma acompaña y asistente al niño.
2. Se brinda la alimentación en un ambiente cómodo, así mismo, evita distractores o los maneja adecuadamente durante la alimentación del niño			Identificar distractores, como lo maneja el cuidador y su impacto en la alimentación
3. Alimenta al niño con estilo responsivo (perceptivo)			Describir la interacción madre –niño (amable, impaciente, etc.) durante la alimentación y tipificar el estilo de alimentación (responsivo, autoritario e indulgente - negligente)

Alimentación pre escolar (24-35 meses)

Práctica (Verificable)	R	NR	Observaciones
1. Las preparaciones servidas son de la olla familiar			Verificar que los alimentos que come el niño son los mismos que consume toda la familia. Anotar si hubiera un alimento que no se le dé al hijo(a)
2. Le brinda primero la preparación más espesa(el segundo) en el almuerzo o cena*			Anotar que alimento o preparación dio primero

Estado nutricional, prácticas de alimentación, cuidado e higiene entre niños de diferente religión materna, Carhuanca, Ayacucho 2012

3. Hace preparaciones con al menos un alimento de cada grupo #			Anotar que grupos de alimentos consumió el niño(a)
4. Da 3 comidas principales al niño * #			Anotar hora de dichas comida
5. Da 2 o más refrigerios (colaciones) al niño * #			Anotar hora de dichos refrigerios
6. Los refrigerios (colaciones) son fruta (al menos 1) y/o mazamorra			Anotar que alimento(s) o preparaciones dio como colación al niño (a)
7. Da al niño alimentos de origen animal como carne, vísceras o huevo (al menos 1 1/2 cuchara llena de carne cocida, 1 1/2 huevo cocido, o equivalentes 8 g. de proteína por día)			Anotar que alimentos dio, en qué cantidad (aproximada) y cuántas veces al día.
Da al niño leche (no materna) o queso (al menos porción de 20 gr) al menos 1 vez al día			Anotar cuál de los alimentos se dio, en qué cantidad (aproximada) y cuántas veces al día.
8. Da al niño dulces, gaseosas, comida poco saludables (Chatarra) ++			Anotar nombre del alimento, cantidad y frecuencia
9. Consume de papilla fortificada (PIN) (Opcional, verificar si recibe) 24-35 meses: > 8 cucharadas llenas			Anotar cuantas cucharadas preparada consumió el niño, si es de uso exclusivo para el niño objetivo y la forma de preparación
10. Consume el multimicronutrientes (MMN) (Opcional, verificar si recibe) (mezclado en 2 a 3 cucharadas de comida espesa)			Describir como se usó el MMN y cuanto se consumió de la porción fortificada.
11. No consume inhibidores de hierro (infusiones, café, gaseosa) 1 hora antes o después de comer			Que inhibidores consumió
Describir otras prácticas identificadas			

Prácticas de higiene (6-35 meses)

Práctica (Verificable)	R	NR	Observaciones
1. No hay animales en la cocina			Identificar que animales y las actitudes ante su presencia
2. Limpia y mantiene limpio el ambiente donde se encuentra el niño.			Anotar como se encuentra el ambiente donde está el niño y como lo limpia.
3. La comida (preparados) está en lugares limpios y cubiertos			Anotar en donde se encuentran los alimentos y las condiciones de almacenamiento
4. Almacena los alimentos en lugares limpios y seguros (cerca de pesticidas, no estén al ras del piso, ausente de insectos o heces de animal, etc)			Anotar donde se almacena y las condiciones de almacenamiento
5. Almacena el agua y recipientes limpios y cubiertos con una tapa			Anotar donde almacena el agua y las condiciones de almacenamiento
6. Hierve o clora el agua para beber			Si clora el agua, anotar como lo hace.
7. Se lava las manos (con agua y jabón) después de usar la letrina o al cambiarle los pañales			Anotar donde, como y con que se lava las manos.

Estado nutricional, prácticas de alimentación, cuidado e higiene entre niños de diferente religión materna, Carhuana, Ayacucho 2012

8. Se lava las manos (con agua y jabón) antes de preparar los alimentos			Anotar donde, como y con que se lava las manos
9. Se lava las manos antes de que coma (tanto el cuidador como el niño)			Anotar donde, como y con que le lava las manos
10. Lava los alimentos antes de prepararlos (hortalizas, verduras, carnes crudas, etc.)			Anotar cómo y con qué lava los alimentos
11. En algún momento el niño es aseado en forma general (o bañado) y/o cambiado de vestimenta limpia.			Describir como se realiza el aseado.
Describir otras prácticas identificadas			

Cuidado infantil (6 - 35 meses)

Práctica (Verificable)	R	NR	Observaciones
1. Se presta atención a signos de molestia o incomodidad del niño (el niño llora, si se golpeó, se orinó, se irritó, tiene hambre, presencia de fiebre, etc.) #			Anotar y describir la reacción y expresiones de la persona quien atiende al niño(a). tipificando interacción (perceptiva, controladora y permisiva)
2. Dedicar tiempo para hacer jugar, hablar o bailar (Al menos media hora al día)			Anotar cuanto tiempo se dedica y como realiza estas actividades.
3. Estimula intencionalmente según corresponde a la edad del niño.			Describir qué ejercicios, prácticas o cantos se hace con niño y cuánto tiempo lo realiza
4. El padre interviene activamente en el cuidado de niño			Describir como el padre interviene en el cuidado, en que momentos y cuánto dedica
5. Se le acaricia, abraza (apapacha) o besa demostrándosele afecto y cariño			Anotar y describir como se demuestra que se le quiere al niño.
4. Cría y cuidado al niño con estilo responsivo (perceptivo)			Describir la interacción madre –niño (amable, impaciente, etc.) durante la atención y cuidado al niño, tipificar el estilo de crianza (responsivo, autoritario e indulgente - negligente)
6. Hace que los niños realicen acciones (que coman, se laven las manos, etc.) con actos de agresión verbal (gritando, insultando) o física (golpeándolo) ++			Anotar que actos violentos y en que situaciones lo hace.
Describir otras prácticas identificadas			

* Estas preguntas serán contestadas de manera más específica al final del día en un formato adicional

Se contestará al final del día, una vez llenado el formato de registro diario de alimentación

++ Marcar NR si se practica la acción enunciada.

***REGISTRO DE UN DÍA DE ALIMENTACIÓN**

N o	Toma de alimentación (Hora inicio- final)	Alimentos y preparaciones (considerar también la lactancia materna)	Consistencia	Unidad de consumo o medida casera
			S =sólido: duro, ejem: pan, segundos; (picado o triturado) SS= semisólido: sopas espesas, purés, mazamoras L= líquido: agüitas, caldos	(1/2 taza, un plato hondo, 1 cucharada, 1 unidad de galleta, etc.)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Anexo N° 4

GUIA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD PARA MADRES

SITUACIÓN DE LA SALUD, SOCIAL Y RELIGIOSA

1. ¿Sabe si los pastores o sacerdotes de su iglesia han conversado o conversan con autoridades de la comunidad, promotoras, ONGs, etc. sobre los problemas en salud y alimentación de los niños de la comunidad? ¿Qué hablaron?
2. ¿Cuál crees son motivos de la desnutrición crónica en tu comunidad o distrito?
3. ¿Ud. asiste a las reuniones o cultos de su iglesia?
4. ¿Se habla sobre cómo debe alimentarse a los niños y niñas? ¿Qué hablaron?
5. ¿Y hablan de temas de cómo criar y cómo cuidar a los niños? ¿Qué hablaron?
6. ¿Y sobre cómo debe ser la limpieza e higiene en la casa y en los niños? ¿Qué hablaron?

ESTADO NUTRICIONAL

7. ¿Ud. lleva a su hijito(a) a los controles de peso y talla?
8. ¿Conoce que es la anemia? ¿Sabe a qué se debe la anemia? ¿Conoce cuáles pueden ser las consecuencias en los niños? ¿Cree que su hijo (a) corra riesgo de enfermarse?
9. ¿La Biblia nos habla de cómo debe ser un niño sano? ¿Y Ud. cómo ve a su hijito(a)?

LACTANCIA MATERNA

10. Cuando su hijo (a) nació ¿Le dio de lactar la primera leche que salió de su pecho?
11. ¿Su niño aun lacta?
En caso SI: ¿Y hasta qué edad piensa darle de lactar? ¿Por qué hasta esa edad?
En caso NO: ¿Y hasta qué edad le dio de lactar a su bebe? ¿Por qué hasta esa edad?
12. ¿Cómo se siente cuando da de lactar a su hijo(a)?
13. ¿Hasta qué edad su bebé tomó solamente leche materna o pecho?

ALIMENTACIÓN

14. ¿A qué edad empezó a darle de comer alimentos diferentes a la leche materna (agüitas, calditos, matecitos o purés) a su bebe? ¿Cuál fue el motivo por el cual empezó a darle esos alimentos? ¿Con qué preparaciones inició? ¿Por qué con esas preparaciones?
15. ¿Cómo eran (o son) las comidas que le dio (da) a su hijo(a) cuando comenzó a comer? ¿Qué alimentos utiliza para preparar las comidas para su hijo(a)?
16. ¿Qué alimentos son buenos para su hijo? ¿Por qué? ¿Hay algún alimento que los bebes no deban comer porque les hace daño o les prohíba comer su religión?
17. ¿A qué edad empezó su hijo(a) comer de todo (hacer referencia a todos los grupos de alimentos)? ¿Por qué?
18. ¿Qué alimentos o comidas les dan con más frecuencia (preguntar por carnes, verduras, frutas, harinas, tubérculos a su hijo(a) (última semana)? ¿Por qué?

19. ¿Cuántas veces (durante la última semana) le dan preparaciones que incluyan algún alimento de origen animal? ¿Por qué? ¿Hay algún alimento o preparación que eviten darle a sus hijos? ¿Por qué?
20. ¿Cuántas veces come al día su niño? Y qué le parece? ¿es suficiente para él (ella)?
21. ¿Qué le parece sobre la alimentación que tienen sus niños? (Indagar si es buena, mala o regular) ¿A qué se debe que sea así? ¿Cómo podrían mejorarla?
22. ¿Sus niños comen galletitas, chocolates, caramelos, gaseosa? ¿Con qué frecuencia? ¿Qué opinas de estos alimentos?
23. ¿Qué opina de los alimentos orgánicos (sin pesticidas, que usan abonos naturales)? ¿Cuenta con esos alimentos?
24. ¿Preparas la papilla fortificada del PIN para darle a tu hijo(a)? ¿por qué? ¿Cómo preparas la papilla? ¿Cuánto come tu hijo(a)? ¿Con que frecuencia la preparas? ¿Lo come en un solo momento o de a pocos durante el día? ¿Alguien además de tu hijo(a) consume la “papilla”?
25. ¿Recibes o has recibido chispitas (MMN) alguna vez? ¿Se las preparas a tu hijo(a)? ¿En qué cantidad de comida mezclas las chispitas? ¿Cuánto come (comía) de lo preparado?
26. ¿Cuántos sobres recibiste en el último mes de suplementación? ¿Cuántos sobres le ofreciste a tu hijo(a) en el último mes? ¿Has presentado alguna dificultad para darle?
27. ¿Percibes algún beneficio al dar las chispitas a tu hijo(a)? ¿Crees que es necesario darle?
28. ¿Qué haces cuando tu niño no quiere comer? ¿Qué opinas de ello?
29. ¿Dónde come tu hijo(a)? ¿Come solo o acompañado? ¿Quiénes lo acompañan? ¿Alguien ayuda o apoya a comer a tu hijo(a)? ¿Quién? ¿Cómo lo ayudan a comer?
30. ¿Hay algo o alguien que distraiga al niño cuando come? ¿Qué haces en estas situaciones?
31. ¿Cuánto come tu hijo(a)? (*todo, deja un poco o la mitad, etc.*) ¿Lo come en un solo momento o de a pocos durante el día?
32. Cuando su niño se enferma con diarrea o bronquios (tos, gripe o resfrió) ¿Cambia la alimentación del niño? EN CASO SI: ¿Que cambia? ¿Y si su niño lacta, continúan dándole pecho cuando está con diarrea o bronquios (tos-gripe)? ¿Le dan más o menos?

CUIDADO INFANTIL

33. ¿Ud. lleva a su hijo(a) a sus controles CRED y para sus vacunas? ¿Por qué?
34. ¿Alguien de su religión (pastor u otro integrante de su iglesia) le ha hablado sobre estos controles? ¿Quiénes? ¿Qué le dijo (o dijeron)?
35. ¿Y a quién acude primero cuando su niño está enfermo?
En caso de MENCIONAR al Centro de salud. ¿Por qué? ¿Y siguen las indicaciones?
En caso NO MENCIONAR al Centro de Salud: ¿Por qué?
36. ¿Alguien de tu iglesia (pastores, vecinas que son de tu religión) te ha aconsejado sobre que debes hacer cuando tu hijo(a) está enfermo(a)?
37. ¿Quién atiende a su hijo? (Usted, su esposo, sus otros hijos, todos, etc.)
38. ¿Qué momentos comparte con su hijito(a)? ¿Y el papa del niño? ¿Qué hacen en esos momentos?

39. ¿Ud. juega, le canta o baila con su hijo(a)?, ¿Qué juegos hace?, ¿Qué piensa usted cuando juega, le canta o bailan con su hijo? ¿Qué inconvenientes tiene para no lo hacerlo?
40. ¿Cómo le demuestra a su hijo(a) que lo quiere?
41. ¿Existe alguna diferencia en dar cariño a un hijo que a una hija?
En algunas ocasiones ¿Ud. siente deseos de jugar o acariciar a su hijo(a)? ¿En qué momentos?
42. ¿Ha recibido orientación sobre cómo jugar o estimular a sus hijos e hijas? ¿Qué le dijeron? ¿lo realiza?
43. ¿Por qué suele llorar su hijo (a)? ¿Qué siente Ud. (y el papá) cuando llora su hijo? ¿Qué hacen ustedes (y el papá) cuando llora su hijo?
44. ¿Y su hijito(a) se ha portado “mal” alguna vez? ¿Qué malos comportamientos hace? ¿Qué hace Ud. cuando su hijo(a) se ha portado mal? ¿Quién regaña más a los hijo(a) (papá, la mamá, otros parientes)?
45. En su casa ¿Cómo castigan a su hijo cuando se porta mal? ¿Es diferente el castigo para su hijo que para su hija?
46. ¿La Biblia nos dice algo de los castigos? ¿En su iglesia (el pastor o integrantes de su religión) le hablado como debe ser el castigo para lo hijo(a)?
47. ¿Ha recibido Ud. capacitación de cómo debe ser la crianza y cuidados para tu hijo?
En caso SI: ¿Qué les dijeron? ¿Quiénes te hablaron? ¿Y alguien de su religión le hablado de cómo debe ser la crianza de los niños y niñas? En caso SI: ¿Qué te dijeron?

HIGIENE EN EL NIÑO Y LA FAMILIA

48. ¿En su religión existen prácticas especiales para la limpieza e higiene de los niños pequeños (menores de 3 años)? ¿Cuáles son estas?
49. ¿El agua que le da a su hijo recibe algún tratamiento (hervido, clorado)? ¿Qué opina sobre hacer tratamiento al agua antes de tomarla?
50. ¿Cómo realiza el lavado y limpieza de los alimentos que va recibir su hijito?
51. ¿Qué opina del lavado de manos? ¿En qué momentos lavan las manos a su hijo(a)? ¿Utiliza algo además del agua? (jabón, ceniza, etc.) ¿Con qué seca las manos a su niño (toalla, trapo limpio, papel higiénico), ¿O sólo airea sus manos?
52. ¿Dónde almacena o guarda los alimentos que utiliza para cocinar?
53. ¿Ha recibido Ud. alguna charla de cómo debe ser el lavado de manos? ¿Qué le dijeron?
¿Alguien de su iglesia (pastor, vecinos de la misma iglesia) le ha hablado de eso?
54. ¿Qué animales cría? ¿Dónde? ¿Sus animales entran donde Ud. cocina?
55. ¿Dónde hacen sus deposiciones sus niños? ¿Por qué en ese lugar?
56. ¿Alguien de tu iglesia (pastor o integrantes de tu religión) te han hablado sobre higiene (lavado de manos, como bañarlos, etc.) en sus hijos (menores de 3 años)?

Anexo N° 5

GUIA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTA GRUPAL PARA MADRES

ESTADO NUTRICIONAL

1. ¿Habrá alguna diferencia entre el estado de salud de los niños de su religión en comparación con otros niños (ganancia de peso y talla, presencia de enfermedad, etc.)? ¿A qué se debe?
2. ¿Cómo debe ser un niño “sano” (menor de 3 años)? ¿Dónde lo ha escuchado?
3. ¿A qué se debe la desnutrición en los niños de su comunidad?

LACTANCIA MATERNA

4. ¿Cómo se sienten al dar de lactar a sus hijos?
5. ¿Tienen algún significado para su religión el dar pecho? ¿La Biblia o la religión nos dice algo respecto cómo debe ser el dar pecho a los niños?

ALIMENTACIÓN

6. ¿Hasta qué edad dio (o dará) de lactar a sus hijos?
7. ¿Cómo les parece la alimentación que tienen sus niños? (Indagar si es buena, mala o regular) ¿A qué se debe que sea así? ¿Cómo podrían mejorarla? ¿Por qué?
8. ¿Hay algún alimento que sus niños no deban comer?
9. ¿Consideran importante que sus niños(a) consuman alimentos de origen animal?
10. ¿Existe alguna diferencia en la alimentación entre niños y niñas? ¿Qué diferencias?
11. ¿Existe alguna diferencia en la alimentación (consumo de alimentos de origen animal, ayuno, etc.) de sus niños con los de otra religión? ¿Cuáles son esas diferencias? ¿A qué se debería?

CUIDADO INFANTIL

12. ¿Existe alguna diferencia como se expresa cariño entre un hijo e hija? ¿Qué diferencias hay?
13. ¿Qué opina del control de peso y talla, y de la vacunación de sus hijos?
14. ¿El papá comparte momentos con su hijo? ¿Qué hacen en esos momentos?
15. ¿Ha recibido orientación sobre cómo jugar o estimular a sus hijos e hijas? ¿Quién la oriento? ¿Qué le dijeron?
16. ¿Qué hace Ud. cuando su hijo(a) se ha portado mal? ¿Castigan a su hijo cuando se porta mal? ¿Es diferente entre hijo e hija? ¿La Biblia o la religión nos dice algo sobre los castigos?
17. ¿Existe diferencias de las prácticas de crianza y cuidado de los niños (en la atención, castigos, etc.) que realizan ustedes a diferencia de los de otra religión? ¿A qué se debería?

HIGIENE

18. ¿En su religión existen prácticas especiales para la limpieza e higiene de los niños? ¿Cuáles son?
19. ¿Existe diferencia en las prácticas de higiene (lavado de manos, limpieza del hogar, etc.) de los hogares y niños que realizan ustedes a diferencia de familias de otra religión? ¿A qué se debe?

GUÍA DE PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD
DE INFORMANTES CLAVE

SITUACIÓN DE LA SALUD, SOCIAL Y RELIGIOSA

1. ¿Desde cuándo vive Ud. en la comunidad de (nombre de la comunidad)? ¿Ud. desde cuándo pertenece a la religión (Nombre de la religión)? (AMBOS)
2. ¿Considera que su iglesia tiene una misión relacionada a la salud y crianza de los niños en la comunidad? (LIDER RELIGIOSO)
3. ¿Cuál cree que es la situación (salud, desarrollo, higiene y cuidados) de los niños y niñas de su comunidad? ¿Y por qué cree eso? (AMBOS)
4. ¿Ud. se ha reunido alguna vez con la Junta Directiva de la comunidad, Promotora de Salud, Promotora del Programa Juntos u otras autoridades para conversar sobre situación de salud de los niños menores de los 3 años que pertenecen a su iglesia? (LIDER RELIGIOSO)
5. ¿Cómo cree que puede mejorar esta situación de los niños y niñas de su iglesia?
6. En los Cultos o reuniones que realiza su iglesia (LIDER RELIGIOSO)
¿Hablan de temas de cómo debe darse de alimentarse a los niños y niñas? ¿Qué dijeron?
¿Y hablan de temas de crianza/cuidado que debe tenerse en los niños? ¿Qué dijeron?
¿Y hablado de cómo debe ser la limpieza e higiene en la casa y en los niños? ¿Qué dijeron?

ESTADO NUTRICIONAL

7. ¿Qué piensa de las madres que llevan a sus niños y niñas a sus controles de peso y talla? (LIDER RELIGIOSO)
8. ¿Habrá alguna diferencia entre el estado de salud (presencia de anemia, desnutrición o presencia de enfermedad) de los niños de su religión en comparación con otros niños? ¿A qué se debería ello?
9. ¿La Biblia dice de cómo debe ser un niño “sano”? (LIDER RELIGIOSO) ¿Cómo debería ser?

LACTANCIA MATERNA

10. ¿Tiene algún significado para su religión el dar leche de pecho a los niños? ¿La Biblia nos dice algo respecto a cómo debe ser el dar pecho a los niños? ¿Qué dice? (LIDER RELIGIOSO)
11. ¿Cree que deba darse a los niños recién nacidos la primera leche del pecho (o también llamado calostro)? (AMBOS)
En caso SI: ¿Hay algún motivo para darles?
En caso NO: ¿Hay algún motivo para NO darles?
12. ¿Hasta qué edad cree que los niños deban tomar **SOLO** leche de pecho? (LIDER RELIGIOSO)
13. ¿Cree Ud. que hay diferencias en la práctica de dar lactancia materna (en referencia lactancia exclusiva hasta 6 meses, duración de la lactancia cuando el niño ya come, etc.) entre las madres de las religiones de la comunidad (PROMOTORA DE SALUD)

ALIMENTACIÓN EN GENERAL

14. ¿Desde cuándo cree que los niños deben comenzar a comer alimentos diferentes a la leche de pecho?
15. ¿Hay algún alimento que los bebés no deban comer porque les hace daño (hacer alusión a sangrecita, vísceras, canes etc.)? ¿Lo leído en la Biblia, o en donde lo escuchó? (LIDER RELIGIOSO)
16. ¿Hay algún alimento que su religión prohíba comer a los niños? (LIDER RELIGIOSO)
¿Hay algún alimento que Ud. sepa que las religiones de la comunidad prohíban comer a los niños? ¿Cuáles son estos alimentos? ¿Y cuáles son los motivos para prohibirlos?
¿La Biblia nos dice cómo debe ser la alimentación de los niños y niñas? (LIDER RELIGIOSO) ¿Existe alguna diferencia en la alimentación entre niños y niñas dentro de las religiones de la comunidad?
17. ¿Existe alguna diferencia en las prácticas alimentación que realizan las madres de su iglesia(a) a diferencia a las de otra religión? (LIDER RELIGIOSO)
¿Existe alguna diferencia en las prácticas alimentación que realizan las madres de las diferentes religiones de la comunidad? (PROMOTORA DE SALUD)
¿Me podría comentar cuáles son esas diferencias? ¿A qué se debería esto? (AMBOS)
18. ¿Ud. alguna vez ha recibido capacitación cómo debe alimentarse a los niños que son menores de 3 años?
En caso Si: ¿Ud. que opina respecto?
En caso No: ¿Y Ud. le interesaría que lo capaciten en temas de alimentación? ---- (En caso de mostrar intereses) ¿Lo aprendido por Ud., lo transmitiría en su iglesia? (LIDER RELIGIOSO)

CUIDADO INFANTIL

19. Cuando los niños están enfermos ¿A dónde o con quien debería llevarseles? (AMBOS)
En caso de MENCIONAR al Centro de salud. ¿Y por qué a ellos?
En caso NO MENCIONAR al Centro de Salud: ¿Y cree que deban ir al Centro de Salud a revisen a los niños y niñas cuando están enfermamos?
20. Ud. como el representante de su iglesia ¿Qué opina respecto a que El Ministerio de Salud recomienda que todos los niños menores de 5 años deben ir a los Centro de Salud para sus controles CRED (crecimiento y desarrollo) y para sus vacunas? (LIDER RELIGIOSO)
21. ¿Ud. aconseja a las personas de su religión como debe ser la crianza de sus hijos e hijas? (LIDER RELIGIOSO)
En caso Si: ¿Qué les dice?
22. Existe zonas de Vilcashuamán en que se ve que las madres se encargan principalmente del cuidado de sus hijos e hijas, siendo poco el apoyo que reciben de los padres en esta actividad.
¿Qué opina Ud. respecto a ello? ¿Ud. ve eso en las familias de su iglesia? ¿Quién debe ocuparse del cuidado y crianza de los hijos (as)? (LIDER RELIGIOSO)

¿Qué opina Ud. respecto a ello? ¿Observa diferencias en la participación de los padres de las diferentes religiones? (PROMOTORA DE SALUD)

23. A veces los niños se portan “mal” y los padres los castigan física o verbalmente ¿Qué opina de eso? (AMBOS)
24. ¿Cómo cree que debería ser el corregírseles esos malos comportamientos? ¿Es diferente el castigo para los hijos que para las hijas? ¿Y en los niños menores de 3 años? (AMBOS) ¿Su religión dice algo sobre cómo debe corregirse a los hijos (niños pequeños)?
25. ¿Ud. Alguna vez ha recibido alguna capacitación relacionada a la crianza y cuidado en niños menores de 3 años?

En caso Si: ¿Ud. que opina respecto a esas capacitaciones?

En caso No: ¿Y a Ud. le interesaría que lo capaciten en temas sobre crianza de hijos y estimulación temprana? ---- (En caso de mostrar intereses) ¿Lo aprendido por Ud., lo hablaría en sus reuniones con las personas de su iglesia? (LIDER RELIGIOSO)

26. ¿Existe alguna diferencia en las prácticas de cuidado y crianza (en la atención, estimulación temprana, castigos, etc.) que realizan las madres y padres de su iglesia a diferencia de los de otra religión? (LIDER RELIGIOSO)

¿Existe alguna diferencia en las prácticas de cuidado y crianza (en la atención, estimulación temprana, castigos, etc.) que realizan las madres y padres de las diferentes religiones de la comunidad? (PROMOTORA DE SALUD)

Me podría comentar cuáles son esas diferencias. ¿A qué se debería ello?

HIGIENE

31. ¿Ud. Alguna vez ha recibido alguna capacitación sobre limpieza e higiene en niños menores de 3 años?

En caso Si: ¿Ud. qué opina de esas capacitaciones?

En caso No: ¿A Ud. le interesaría que lo capaciten en temas sobre limpieza e higiene dentro de la crianza en niños menores de 3 años? ¿Lo aprendido por lo transmitiría en su iglesia? (LIDER RELIGIOSO)

33. ¿Existe alguna diferencia en las prácticas de higiene y limpieza (prácticas especiales, mantienen las casas más ordenadas y limpias, en el lavado de manos de sus hijos(a), los bañan con más frecuencia, etc.) que realizan las madres y padres de su iglesia(a) a diferencia de los de otra religión? (LIDER RELIGIOSO)

¿Existe alguna diferencia con prácticas de higiene y limpieza que realizan las madres y padres de su iglesia(a) a diferencia de los de otra religión? (PROMOTOR DE SALUD)

Me podría comentar cuáles son esas diferencias. ¿A qué se debería ello?

Observación:

() : SOLO a quien se preguntará

abcd : Pregunta modificada para otro informante Clave.

Anexo N° 6

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN DEL ESTADO
NUTRICIONAL DEL NIÑO (A) Y ENTREVISTA A LA MADRE.**

Mi nombre es..... y trabajo para la **Fundación Acción Contra el Hambre**. Estamos llevando a cabo un estudio de la religión y su relación con la alimentación y cuidados en los niños (as) menores de 3 años.

Este estudio consiste en **conocer como es el estado nutricional de estos niños, así como es su alimentación y las prácticas de sus madres en la crianza**. Primero vamos a hacer el pesado y tallado de su hijo(a) para conocer cómo está el estado nutricional de niño(a). Luego la entrevistaré y le hare preguntas sobre Ud. y la alimentación y crianza de su hijo(a).

Todo lo que Ud. nos diga será totalmente **confidencial** y no se mostrará a otras personas.

Con los resultados obtenidos se hará un informe que servirá para **mejorar los programas de nutrición**, adaptándolas al contexto religioso del distrito de Carhuana, haciendo más efectivas las intervenciones para combatir la desnutrición infantil.

El beneficio para Usted es que **vamos a informarle sobre el estado nutricional de su hijo**, y si es necesario vamos a referirle al establecimiento de salud más cercano. **No existe ningún riesgo en participar** en estas evaluaciones.

Su participación es voluntaria y puede decidir libremente si quiere usted y su hijo(a) participen en esta evaluación.

Si tuviera **alguna duda o consulta** sobre su participación puede hacerla en cualquier momento, así mismo puede terminar con la entrevista o con su participación en el momento que desee, sin embargo, esperamos que participe ya que su punto de vista es importante.

De acuerdo a lo explicado ¿Desea Participar? Si () No ()

Nombre y apellido de la entrevistada(o)

DNI:

Muchas gracias por su participación.

FIRMA	HUELLA (EN CASO SEA ANALFABTA)
-------	---------------------------------

Declaro que he cumplido con el proceso de consentimiento informado

Nombre del encuestador(a)

Firma..... DNI..... Fecha...../...../201_